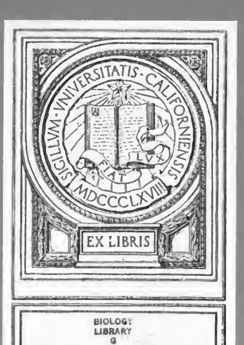


Dr. H. Rohleder

Funktionsstörungen der Zeugung beim Manne

Leipzig / Georg Thieme


SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
FIAT
LVX
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS



Monographien

über die

Zeugung beim Menschen

von

Dr. med. **Hermann Rohleder**

Sexualarzt in Leipzig

Band I: Die Zeugung beim Menschen (normale, krankhafte und künstliche)

Band II: Die Zeugung unter Blutsverwandten

Band III: Die Funktionsstörungen der Zeugung beim Manne

Band IV: Die libidinösen Funktionsstörungen der Zeugung beim Weibe (erscheint Frühjahr 1914)

Dritter Band

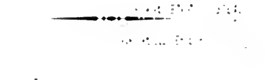
Die

Funktionsstörungen der Zeugung beim Manne

(Samenflüsse, Impotenz, Sterilität)

von

Dr. med. **Hermann Rohleder**
Sexualarzt in Leipzig



LEIPZIG 1913
Verlag von Georg Thieme

Vorwort.

Die Funktionsstörungen der Zeugung sind ein Gebiet, das vom rein sexualwissenschaftlichen Standpunkt, d. h. dem des menschlichen Geschlechtslebens in allen dabei in Betracht kommenden Fragen noch nicht geschildert worden ist, denn die bisherigen Darsteller dieses Gebiets, Curschmann, Fürbringer und Finger haben es nicht speziell von diesem Standpunkt aus bearbeitet. Und doch spielt das Sexualleben in vielen seinen Anomalien, Perversionen und Perversitäten für die Zeugung eine große Rolle, wie der Leser aus vorliegendem Werke ersehen wird.

Ich habe es daher als erster in vorliegender Monographie unternommen, die männlichen Funktionsstörungen der Zeugung vom rein sexologischen Standpunkte aus, d. h. dem der modernen Sexualwissenschaft zu schildern. Behandelt von vorliegenden Zeugungsmonographien

Bd. I: Die physiologische, pathologische und künstliche Zeugung,

Bd. II: Die Zeugung unter Blutsverwandten (Konsanguinität und Inzest),

so ist Bd. III: Den funktionellen Störungen der Zeugung des Mannes (Samenflüsse, Impotenz und Sterilität) gewidmet.

Da aber die praktische Tätigkeit des Arztes bei den Funktionsstörungen der Zeugung sich nicht bloß auf Ehekandidaten und Eheleute männlichen, sondern auch weiblichen Geschlechts erstreckt, wird ein kleiner Ergänzungsband unter dem Titel:

Bd. IV: Die libidinösen Funktionsstörungen der Zeugung beim Weibe

den Bd. III ergänzen und die Anomalien der Libido sexualis des Weibes in ihren Beziehungen zur Zeugung beim weiblichen Geschlecht würdigen.

Ich habe auch in vorliegendem Bande wie in den bisher erschienenen, die Bedürfnisse des ärztlichen Praktikers, seine Beratungstätigkeit, seine eventuelle gerichtliche Sachverständigen-

tätigkeit auf diesem Gebiete, und speziell die Therapie dieser Zustände möglichst berücksichtigt, denn die krankhaften Samenergüsse und die Impotenz des Mannes spielen ja nicht bloß bei Eheleuten, sondern auch bei Unverheirateten, besonders bezüglich der Frage der späteren Verheiratung, eine große Rolle.

Möge mein vorliegender Versuch einer hauptsächlich sexologischen Darstellung der männlichen geschlechtlichen Funktionsstörungen der Zeugung ein praktisch recht brauchbares und gleichzeitig auf der Höhe der modernen Sexualwissenschaft stehendes Werk für Ärzte und Studierende geworden sein.

Leipzig-G., September 1913.

Der Verfasser.

Inhaltsverzeichnis.

Seite

Vorwort . . . . V—VI
Einleitung 1
Allgemeine Vorbemerkungen 4
Geschlechtstrieb 4
Geschlechtliche Reife, Ehe. 5
Heiratsalter, Geschichtliches 6
Zeugungsfähigkeit in den Gesetzbüchern 13
Ätiologische Vorbemerkungen zu den Funktionsstörungen der Zeugung 15
1. Masturbation 15
2. Coitus interruptus 25
3. Masturbatio interrupta 30
4. Abusus sexualis 33
5. Abstinentia sexualis 37
6. Sexuelle Neurasthenie 40

Funktionsstörungen der Zeugung beim Manne 45
1. Krankhafte Samenverluste 47
a) Normale, gesunde Pollutionen 48
b) Krankhafte Pollutionen 53
c) Spermatorrhöen 53
Ätiologie 54
Wann treten beim Onanisten Spermatorrhöen auf? 55
Abusus sexualis als Ursache der Spermatorrhöen 56
Coitus interruptus als Ursache der Spermatorrhöen 57
Abstinentia sexualis als Ursache der Spermatorrhöen 59
Gonorrhoea posterior als Ursache der Spermatorrhöen 60
Pathologische Anatomie 62
Klinik (Krankheitsverlauf) der Samenergüsse 62
Einfluß der Samenverluste auf die Potenz 67
Einfluß der krankhaften Samenverluste auf die Kohabitation . . . 67
Diagnose der krankhaften Samenergüsse 68
Differentialdiagnose 69
Prognose 70
Therapie 72
Therapie der auf Sexualneurasthenie beruhenden Spermatorrhöen. . 73
Therapie der auf Onanie beruhenden Spermatorrhöen 77
Therapie der auf übermäßigem Koitus beruhenden Spermatorrhöen . 77
Therapie der auf Coitus interruptus beruhenden Spermatorrhöen . . 78
Therapie der auf Genitalerkrankungen beruhenden Spermatorrhöen . 78
Innere Behandlung der Spermatorrhöen. 80
Instrumentell-mechanische Therapie der Spermatorrhöen 82

Seite
Therapie der Pollutiones nimiae 83
2. Die Impotenz des Mannes (Impotentia coeundi) 85
Definition 85
Bedeutung der Potenz für den Menschen 85
Physiologische Vorbemerkungen 87
Einteilung 89
1. Organische Impotenz 89
2. Nervöse Impotenz 92
a) Durch präzipitierte Ejakulationen 96
b) Durch Störungen der Erektionsfähigkeit 97
3. Psychische Impotenz 100
4. Paralytische Impotenz 104
5. Impotenz bei Konstitutions- und Allgemeinerkrankungen . . 105
Impotenz bei Diabetes, Phthisis 105
Impotenz bei Adipositas, Nierenkrankheiten, Hirnleiden 106
Impotenz bei Intoxikationen 107
Impotenz bei Nikotin, Morphium 108
6. Impotenz bei sexuellen Anomalien und Perversionen 109
Impotenz bei konträrer Sexualempfindung 110
Impotenz bei Masochismus — Sadismus 111
Impotenz bei Fetischismus 112
Wirkung der Impotenz auf die menschliche Psyche 113
Wirkung der Impotenz auf das Zeugungsvermögen 117
Pathologische Anatomie 117
Diagnose der Impotenz 120
Prognose der Impotenz 121
Prophylaxe der Impotenz 123
Therapie der Impotenz 125
Vorbemerkungen 125
Spezielle Therapie 127
1. der organischen Impotenz 127
2. der nervösen Impotenz 128
Allgemeinbehandlung der Nervosität 128
3. der psychischen Impotenz 131
4. der paralytischen Impotenz 133
5. der Impotenz bei Konstitutions- und Allgemeinerkrankungen 134
6. der Impotenz bei sexuellen Perversionen 134
Der Rat zum außerehelichen Sexualverkehr 137
Allgemeintherapie der Impotenz 141
Arzneiliche Behandlung 142
Ältere Mittel 142
Neuere Mittel 144
Muirazithin 144
Johimbin 146
Kombinationen von Aphrodisiazis 150
Organotherapie der Impotenz 153
Instrumentelle Behandlung der Impotenz 156
Kaustiktherapie 160
Die Ehe als therapeutisches Moment bei Impotenz 162
bei Unverheirateten 163
bei psychischer Impotenz 167
bei sexuell Perversen 168

Seite
Die Impotenz vom forensischen Standpunkte 172
Die Impotenz vom forensischen Standpunkte bezüglich der Ehelichkeit eines Kindes . . . 177
3. Die Sterilität des Mannes (Impotentia generandi) 178
Allgemeines, Einteilung 178
I. Der Aspermatismus 179
Ätiologie und Symptomatologie 179
1. Der organische Aspermatismus 179
2. Der psychische (nervöse) Aspermatismus 181
3. Der Phimosenaspermatismus 183
4. Der Aspermatismus per abusum sexualem 183
5. Der Aspermatismus congenitalis (absolutus) 183
6. Der paralytische Aspermatismus 184
Diagnose 184
Prognose 185
Therapie 185
II. Die Azoospermie 186
Physiologisches 187
Beginn der Spermatogenese 187
Die Spermatogenese der Greise 189
Häufigkeit der Azoospermie 190
Ätiologie und Symptomatologie der Azoospermie 191
1. Die Azoospermie durch direkte Hodenerkrankung . . 191
2. Die Azoospermie durch indirekte Funktionsstörungen der Hoden 193
3. Die Azoospermie durch Veregung der Leitungswege 197
Bedeutung der Epididymitis duplex für die männliche Zeugungsfähigkeit 198
Statistisches 201
Diagnose 204
Gewinnung des Spermas behufs Diagnose 205
Prognose 206
Therapie 207
1. der direkten Hodenerkrankungen 207
2. der Azoospermie durch Verlegung der Leitungswege . . 207
Chirurgische Behandlung der Epididymitis 210
Die künstliche Befruchtung bei Epididymitis duplex . . . 212
Die künstliche Befruchtung mit Beihilfe fremdem Prostatasafts bei Epididymitis duplex 216
Die Aufklärungen der Patienten über die Folgen der Epididymitis duplex 217
III. Die Oligo- und Asthenozoospermie 221
Die Oligozoospermia per abusum sexualem 224
IV. Die Nekrospermie 225
a) Durch Herabsetzung der Funktionstüchtigkeit der Hoden 226
b) Durch krankhaftes Samen- und Prostatasekret 226
Diagnose 228
Prognose 230
Therapie 230
Die Impotentia generandi vom forensischen Standpunkte . 232

Einleitung.

Die Ehe ist die gesetzlich begründete Vereinigung eines geschlechtsreifen Mannes und eines ebensolchen Weibes zur lebenslänglichen Gemeinschaft auf sexueller Grundlage. Die letztere ist die Kette des Bündnisses und indirekt gleichzeitig eins ihrer Hauptziele. Die Ehe ist also in der Hauptsache die Gründung einer Gemeinschaft behufs Zeugung und Aufzucht von Nachkommenschaft. Auf der ehelichen Zeugung basiert unsere gesamte Gesetzgebung, mit ihr steht und fällt der Staat. Die Ehe ist gleichsam die Brücke, die eheliche Zeugung der Brückenpfeiler des gesamten Staatswesens. Die Zeugung ist also demnach eine conditio sine qua non für die Ehegemeinschaft — wenigstens weitaus in der Mehrzahl, bei allen Ehen in den jüngeren und mittleren Jahren. — Sie beruht in ihrem letzten Fundament auf der Zeugungsfähigkeit bei Mann und Frau. Die Funktion der Zeugung wird von vornherein stillschweigend bei jedem Mann resp. jeder Frau, die eine Ehe eingehen, angenommen. Die Funktionsstörungen der Zeugungsfähigkeit sind also recht schwerwiegend, auch vom rechtlichen und allgemeinen sozialen, nicht bloß medizinischen Standpunkt, daher auch vom juristischen resp. gerichtsärztlichen Standpunkt.

Die Fragen, die hier an den Arzt herantreten, sind nicht bloß solche der sexuellen Funktionsfähigkeit behufs Erfüllung der „ehelichen Pflichten", wie das Gesetzbuch sie nennt, sie können noch vielfach andere sein. Ich erinnere nur an die Sterilität der Ehe, sowohl der durch den Mann wie durch die Frau bedingten bei intakter Kohabitationsfähigkeit. Ich erinnere an die verschiedenen Ursachen der Sterilität in der Ehe, an die sexuelle Neurasthenie, an die fakultative Sterilität, an den Coitus interruptus, den Vaginismus, Clitorismus, an die frustrane Liebe, an die heterosexuellen Perversionen, wie Paedicatio mulierum, den Masochismus, Sadismus und Fetischismus, die alle mehr oder

weniger zu den funktionellen Störungen der Zeugung in mannigfachster Art beitragen können. Ich erinnere an die homosexuellen Perversionen und Perversitäten männlicherseits, wie griechische Liebe, Fellatorismus, Päderastie, an die verschiedenartigen anderweitigen konträrsexuellen Betätigungsarten, weiblicherseits an den Lesbismus (Sapphismus) und Tribadismus, alles Erscheinungsformen der menschlichen Libido sexualis, die mehr oder weniger zu Störungen der Zeugung beitragen resp. die Zeugung ganz aufheben, Störungen, die die medizinische Wissenschaft nur sehr wenig bisher in ihren speziellen Beziehungen zur Zeugung gewürdigt hat. Ich erinnere ferner an das große Gebiet der Ehestörungen resp. -beeinflussungen durch Erkrankungen nicht sexologischer Art, ein Gebiet, das in Deutschland durch das monumentale Werk: „Krankheiten und Ehe“ unter der Ägide des verstorbenen Senator, das bisher einzig dasteht, uns näher gerückt worden ist.

Die Lehre von den Funktionsstörungen der Zeugung setzt — last not least — eine ziemliche Kenntnis des Rechtswesens, des bürgerlichen Rechts, eventuell des Strafrechts voraus, kurz, eine Menge positiver Kenntnisse, die vom Arzt verlangt werden. Das Gebiet der „Funktionsstörungen der Zeugung“ ist, wie man schon hieraus ermessen kann, ein recht großes. Es erfordert vom Arzt gründliche Kenntnis des gesamten menschlichen Sexuallebens, des normalen, anomalen und perversen. Es erfordert ferner einige Kenntnis der Gesetzeskunde und nicht zu guterletzt Kenntnis der menschlichen Psyche, da die letztere ja einen recht weitgehenden Einfluß in der Betätigung des menschlichen Sexuallebens auszuüben vermag. Ich erinnere nur an die Impotentia psychica des Mannes, an den Vaginismus und besonders die Dyspareunie, Zustände, die sehr tief in die Psyche der davon Betroffenen einschneiden, und die selbst dem gewiegten Kenner der sexualpathologischen Erscheinungen oft Einblick in eine ungeahnte Gefühlstiefe seiner Mitmenschen gestatten. Andererseits erfordert die Beurteilung der Funktionsstörungen der Zeugung umfassende biologische Kenntnisse des Zeugungsaktes, des ganzen Reproduktionsvorganges. Wollte ich alle diese Vorgänge in ihrem Zusammenhang schildern, würde das meine geringen Kräfte, wie die eines Einzelnen überhaupt, und damit das mir gesteckte Ziel, ein praktisch-brauchbares Werk zu liefern, daß sich meinen bisher erschienenen beiden monographischen Bänden über die Zeugung beim Menschen anreiht, weit überschreiten. Ich werde das anormale und perverse menschliche Sexualleben einzig und allein in seinen Beziehungen zu den Funktionsstörungen der Zeugung besprechen. (Die übrige Schilderung des gesamten menschlichen Sexuallebens habe ich ausführlich ja in meinen zweibändigen „Vorlesungen über das Geschlechtsleben des Menschen,“

3. Auflage, gegeben.) Im übrigen halte ich mich in der Darstellung, schon im Interesse der praktischen Brauchbarkeit des Buches, an die bisherige Skizzierung der drei hauptsächlichsten Gruppen der männlichen Funktionsstörungen der Zeugung: Spermatorrhöen, Impotenz, Sterilität.

Die Einteilung des Werkes ist folgende:

A. Allgemeine Vorbemerkungen.

B. Ätiologische Vorbemerkungen.

1. Masturbation.
2. Coitus interruptus.
3. Masturbatio interrupta.
4. Abusus sexualis.
5. Abstinentia sexualis.
6. Sexuelle Neurasthenie.

I. Die Funktionsstörungen der Zeugung beim Manne.

1. Die krankhaften Samenverluste.
2. Die Impotenz (Impotentia coeundi).
3. Die Sterilität (Impotentia generandi).

II. Die Funktionsstörungen der Zeugung beim Weibe werden den IV. Band vorliegender „Zeugungsmonographien" bilden.

Alle diese pathologischen Zustände habe ich, soweit sie Funktionsstörungen der Zeugung darstellen, besprochen. Die Darstellung soll einen Überblick über dieses wichtige Gebiet dem Arzte geben, um ihn zu befähigen, dasselbe zu verstehen und in der Ausübung seines Berufes richtig zu beurteilen, denn allein ein Werk über die männliche Impotenz oder die weibliche Sterilität ohne Rücksichtnahme auf die anderen Erscheinungsformen des menschlichen Sexuallebens genügt dem Arzte nicht zum Verständnis dieser so wichtigen Gebiete, ihm, der als ärztlicher Sachverständiger und -beurteiler, nicht bloß als Therapeut, ein klares Bild von diesem Gebiete in all seinen Beziehungen zum ärztlichen Beruf und — zum täglichen praktischen Leben haben muß.

A. Allgemeine Vorbemerkungen.

Vom biologischen Standpunkt aus betrachtet ist die Zeugung ohne Zweifel die wichtigste aller Funktionen. Die Reproduktion, die Hervorbringung neuer Organismen derselben Art und Gattung i. e. die Zeugung ist an das Vorhandensein von Organismen gebunden. Bei jedem Lebewesen ist von Natur der Endzweck die Fortpflanzung der Art. Die Zeugungsfrage ist also in erster Linie eine biologische. Sie ist gebunden an den physiologischen Instinkt, den Geschlechtstrieb und an eine physiologische Funktion, die Begattung. Der erstere nun, der Geschlechtstrieb, ist ein allen sich fortpflanzenden Wesen innewohnender, physiologischer, der die ganze Individualität des Menschen resp. des Tieres beherrscht. „Die Liebe beherrscht das Weltengetriebe — l'amour mêne le monde —" tagtäglich, stündlich hören wir es vom Arzt, vom Philosophen, vom Dichter, vom — Gerichtssaal. Ich habe in Band I der vorliegenden Sammlung: „Die normale Zeugung beim Menschen" den Sexualtrieb genügend beleuchtet von seiner medizinisch-physiologischen Seite. Leider ist hier nicht der Ort, seine biologisch-phylogenetische Seite näher zu skizzieren, aber wer nur ein wenig darüber nachdenkt, muß voll Bewunderung erfüllt werden von der Allgewalt des Naturtriebes im ganzen Sein aller Lebewesen, denn das kleinste Infusorium, die niedrigsten Tiere wie Würmer, Käfer, die Amphibien, Fische, Vögel, Säugetiere, alle unterliegen auf diesem Gebiete denselben Gesetzen. Wenn wir als Menschen uns höher dünken und von „Liebe" zum Unterschied vom „Instinkt" bei den Tieren sprechen, so sind wir höchstwahrscheinlich im gewaltigen Irrtum begriffen, denn die höheren Säugetiere, ebenso die Vögel, betätigen in ihrem Sexualleben eine Gefühlsinnigkeit, die oft der des Menschen, selbst des Kulturmenschen gleichsteht, ja dieselbe sogar übertrifft. Es gibt Säugetiere und Vögel, die in ihren Beziehungen, ihrem Sexualleben, in ihren monoganen Beziehungen zum anderen Geschlecht den polygamisch veranlagten Menschen beschämen. Jedenfalls

ist die Natur sehr stark am Zeugungsgeschäft der einzelnen Tiergattungen interessiert. Deswegen hat sie jedem höher organisierten Tiere auch bestimmte Werkzeuge zum Zweck der Zeugung verliehen, die Geschlechtsorgane und einen nur zur Betätigung dieser Organe bestimmten Trieb, den Geschlechtstrieb.

Um diese Naturanlagen mit den Gesetzen der Kultur und Gesittung in Einklang zu bringen, schuf die menschliche Kultur die Form der Ehe, und zwar der monogamen Ehe, welche ein Verhältnis zur Regelung der sexuellen Tätigkeit ist, als deren Grundlage man zwar keine Zeugungsfähigkeit, keine Potentia generandi annimmt, wohl aber eine Beischlafsfähigkeit, eine Begattungsfähigkeit, die Potentia coeundi. Als Grundbedingung der Beischlafsfähigkeit aber hat der Gesetzgeber die geschlechtliche Reife erachtet. Er sagt im deutschen bürgerlichen Gesetzbuche § 1303:

„Ein Mann darf nicht vor dem Eintritt der Volljährigkeit, eine Frau darf nicht vor der Vollendung des 16. Lebensjahres eine Ehe eingehen.

Einer Frau kann Befreiung dieser Vorschrift bewilligt werden."

Dieses Alter ist aber gesetzt im Hinblick auf die Zeugungsfähigkeit, weil der Gesetzgeber von einer Ehe Nachkommen erwartet. Ja, einige Juristen sind sogar so weit gegangen, wie Janouli („Das Verbrechen der Abtreibung der Leibesfrucht", 1876) angibt, daß sie einen Vertrag annehmen, „den jedes Frauenzimmer, das in den Beischlaf einwilligt, mit dem Staat eingeht, wodurch sich dasselbe verpflichtet, die Lasten und Gefahren der Schwangerschaft zu tragen", ein Standpunkt, der auch von den meisten Juristen als zu weitgehend zurückgewiesen worden ist.

Mit dem Eingehen einer Ehe ist also a priori die Erwartung einer Nachkommenschaft verknüpft. Logischerweise mußte daher der Gesetzgeber das Eingehen der Ehe an ein Lebensalter knüpfen, das eine Geschlechtsreife der beiden Ehegatten garantiert. Natürlich folgte als Kehrseite vom biologischen Standpunkte aus die Frage, ob es nicht angebracht wäre, staatlicherseits ein Maximalalter festzustellen, nach welchem eine Ehe, weil aussichtslos auf Nachkommenschaft resp. weil Nachkommenschaft gänzlich ausgeschlossen, nicht eingegangen werden darf. Bei der Tierzucht handelt man ja heute schon nach dem Prinzip: Ein männliches resp. weibliches Zuchttier, das über das Zeugungsalter hinaus ist, wird als Schlachttier angesehen. Aber — für die menschliche Gesellschaft muß man doch den Standpunkt einnehmen, daß für eine Ehe nicht bloß das staatliche, soziale und biologische Interesse maßgebend sein kann, sondern ebenfalls das private der Eheschließen-

den selbst. Die gegenteilige Ansicht, gleichsam nur den biologischen Standpunkt beim Eingehen einer Ehe im Auge zu haben, hat meines Wissens wohl noch kein Kulturstaat der Gegenwart angenommen, anders im Altertum, wo z. B. das römische Gesetz, wie wir noch sehen werden, daran festhielt.

Das Heiratsalter war bisher in den einzelnen Staaten ganz außerordentlich verschieden. Ich halte mich in der folgenden historischen Darstellung besonders an Moraches Werk „Le mariage". Das Rechtsbuch der alten Inder, das Gesetzbuch des Manu (vgl. Johäntgen, Über das Gesetzbuch des Manu. Berlin 1863), die Rechtsliteratur der nachvedischen indischen Periode, die den Titel „Darmaçastra trägt, ca. 3 (oder 4) Jahrhunderte nach Christi entstand, stellt fest, daß ein 30jähriger Mann ein 12jähriges Mädchen und ein 24jähriger ein 10jähriges Mädchen heiraten muß. Hierbei ist aber mitsprechend 1. das Klima Indiens, das die außerordentlich frühzeitige Geschlechtsreife der Hindumädchen bedingt. Ein 12jähriges Hindumädchen ist sexuell ungefähr so reif wie ein 15jähriges deutsches Mächen oder ein 16—17jähriges nordländisches, und 2. die Religion. Nach den religiösen Anschauungen der Hindus ist es ein Verbrechen, ein Mädchen erst nach der Menstruation zu verheiraten, weil ein verlorengehendes Ei (und um ein solches handelt es sich ja bei der Menstruation) ein Verbrechen gegen die Gottheit bedeutet. Was aber verblüffen muß, ist die Verheiratung relativ alter Inder mit so jungen Mädchen, also die Altersdifferenz der beiden Ehegatten. Auch diese Anschauung basiert wohl hauptsächlich auf religiösen Gesetzen, weil man eben nach Möglichkeit durch einen reifen Mann die Befruchtung der Mädchen garantieren wollte. Es steht das indische Vorgehen auch im gewaltigen Gegensatz zu den übrigen orientalischen Staaten, wo man einem jungen Mann mit dem ungefähr 15. Lebensjahre, einem jungen Mädchen mit dem 10.—12. Lebensjahre das Eingehen einer Ehe gestattet.

Auch das heutige Indien denkt über das Heiratsalter der jungen Mädchen noch sehr wenig modern. Heute gilt in Indien ein Alter über 15 Jahre für ein junges Mädchen für ein großes Ehehindernis und scheint ein solches Menschenkind gleichsam zur Prostitution verdammt.

Überhaupt sind ja im Orient Heiraten im jugendlichen Alter, besonders für das weibliche Geschlecht, an der Tagesordnung. Auch die Chinesinnen wurden sehr jung verheiratet. oft im zarten Alter. Heute sind die Heiraten in diesem zarten Kindesalter Gott sei Dank wohl meist verlassen. Es entwickelte sich aus ihnen das Institut der „Eheversprechungen" im Kindesalter, die das kanonische Recht als unlöslich oder jedenfalls sehr schwer löslich ansah.

Im Talmud, in der III. Ordnung, genannt „Naschim", auf deutsch

„Frauen", die Ehegesetze enthaltend, werden die Grenzen der Heiratsfähigkeit beim Manne mit dem 13., bei der Frau mit dem 12. Lebensjahre bestimmt und Ausnahmen männlicherseits bis zum 9., weiblicherseits bis 8. Lebensjahre gestattet, wenn die Zeichen der Heiratsfähigkeit, d. h. weiblicherseits die Menstruation, männlicherseits die Schamhaare vorhanden waren.

Weit detailliertere Bestimmungen finden wir schon in der antiken klassischen Welt, im Griechen- und Römertum. Die Griechen gingen ja von dem Standpunkt aus, daß die Ehe Pflicht des Staatsbürgers sei und damit die Kinderzeugung, der sich kein Staatsbürger entziehen dürfe. Sie hatten wohl keine bestimmten Altersgrenzen nach unten. Lykurg riet zur Ehe bei den Männern bis zum 34., bei den Frauen bis zum 18. Lebensjahre. Bekannt ist, daß Aristoteles, der als Philosoph wie Naturforscher gleichbedeutend, in seinen philosophisch-politischen Studien gegen die frühzeitig geschlossenen Ehen Stellung ergreift, weil sie schwächliche Kinder zur Folge haben müßten und der Bürger die sittliche Verpflichtung habe, gesunde Kinder zu erzeugen. Bei Aristoteles ist der Mensch nur ein politisches Wesen, das nur dem Staate, als brauchbares Mitglied desselben, sittliche Aufgaben zu erfüllen hat. Der Zweck des Einzelnen ist die sittlich gute Lebensweise im Staatskörper, zu der die Jugend herangebildet werden muß. Kurz, die ganze Philosophie und Denkweise der Griechen betrachtet die Ehe in der Hauptsache nur vom Standpunkt des Staatswesens aus.

Die alten Römer entfernten sich schon etwas von diesem Standpunkt. Bei ihnen herrschte das Patriarchat. Hier finden wir scharf ausgesprochen den Satz, daß Geschlechtsreife zum Eingehen der Ehe erforderlich sei. Der Familienvater hatte hier das Recht, den Zeitpunkt zu bestimmen, in dem seine Tochter ihm zur Ehe reif oder sein Sohn viripotent erschien. Nun spricht auch hier das Klima viel mit und so kam es, daß wir im Codex Justinianus als Heiratsgrenze nach unten das vollendete 12. Lebensjahr für Mädchen, das 14. für Männer finden, obgleich wohl auch schon vor dieser Zeit Ehen geschlossen wurden, denn Augustus bestimmte, daß Ehen von jungen Leuten, die noch mehr als 2 Jahr jünger waren als das Gesetz erlaubte, nicht gültig sein sollten. Übrigens war auch hier die Kindererzeugung Zweck der Ehe. Die kinderlosen Ehefrauen wurden verachtet, und Augustus erließ ein Gesetz, wonach Ehefrauen, die über 20 Jahre alt waren und keine Kinder hatten, mit Strafen belegt wurden, wie überhaupt das römische Recht den Verheirateten, gegenüber den Unverheirateten, viele politische und andere Vergünstigungen einräumte. Auch hatte das römische Recht mehrere einschränkenden Klauseln bezüglich des Alters der Heiratenden. Einem 60jährigen Manne z. B. war es verboten, eine mehr als 50jährige Frau zu heiraten. Eine 50jährige und ältere Frau durfte sich nicht mehr ver-



heiraten, weil auch das römische Gesetz auf dem Standpunkt stand, daß die Ehe in erster Linie eine Institution zur Kindererzeugung sei, also politische Zwecke verfolge. Erst Claudius hob diese Bestimmungen auf.

Jedenfalls verdanken wir den Griechen und Römern eine humanere Behandlung des Weibes in der Ehe, wenn auch ein Familienleben in unserem Sinne dem klassischen Altertum noch abging. Das römische Zivilrecht, ebenso wie das griechische, haben die monogamische Ehe zur Grundlage, und damit bekundeten sie in staatlicher Hinsicht für die Nachkommenschaft die Wichtigkeit der Ehe. Denn Ehelosigkeit wurde sogar bestraft, ebenso wie Kinderlosigkeit, während andererseits möglichste Kindererzeugung in der Ehe gewisse Rechte (jus liberorum!) begründete. Ja, es war, allein im Interesse der Kindererzeugung, den Römern ein gewisses Konkubinat erlaubt. Nur war die Konkubine nicht der Frau gleichgestellt, sondern nur die Genossin des Mannes.

Auch den alten Germanen war die Ehe nur das Mittel der Kindererzeugung und sie hielten die Ehe als solche sehr hoch, viel höher als die antiken Kulturvölker. Bekannt ist die eheliche Treue und ihre Handhabung bei den alten Germanen, die selbst Witwen die Wiederverheiratung verboten.

Das Christentum mit seinen geläuterten Ideen und seiner sittlichen Anschauung mußte eine soziale Umwälzung auch in den Ansichten über die Ehe hervorbringen und das kanonische Recht ward der Niederschlag dieser Ansichten. Zwar stellte auch dieses Recht noch die Heiratsgrenze nach unten beim männlichen Geschlecht mit dem 14., beim weiblichen Geschlecht mit dem 12. Jahre fest, aber doch beeinflußte es die nachfolgenden Gesetzgebungen. Am 27. September 1792 hat der französische Konvent die Heiratsgrenzen für beide Teile ein Jahr heraufgesetzt, für das männliche Geschlecht auf das 15., für das weibliche auf das 13. Lebensjahr. Aber nur 9 Jahre war das Gesetz in Kraft, denn, als am 13. September des Jahres 1801 (nach damaliger Zählung am 26. Fructidor des Jahres 9) der Gesetzentwurf des Code civil vor dem Staatsrat (dem Conseil d'état) beraten wurde, machte man darauf aufmerksam, daß die bei den Römern ausschlaggebenden physiologischen Bedenken klimatisch nicht für Frankreich maßgebend sein könnten und es war meines Wissens kein anderer als Napoleon I. selbst, der als erster Konsul als Heiratsalter für die Männer das vollendete 21., für die Frauen das vollendete 15. Lebensjahr vorschlug. Am 10. März 1803 (am 16. Ventôme des Jahres 11 nach der Rechnung der Revolution) wurde ein Gesetzentwurf angenommen, Code civil article 144, daß der Mann erst mit dem vollendeten 18., die Frau mit vollendetem 15. Lebensjahre heiraten dürfe („l'homme avant dix huit ans révolus, la femme avant quinze ans révolus, ne peuvent

contracter mariage“). Article 145 bestimmte, daß nur schwere Motive einen Dispens davon erlauben („néanmoins il est loisible au Gouvernement d'accorder des dispenses d'age pour des motifs graves“).

Für diese Grenze trat besonders Portalis ein, und zwar vom biologischen Standpunkt.

Da der französische Code mehr oder weniger für die romanischen Staaten maßgebend oder doch mitbestimmend wurde (Italien z. B. hat dieselben Grenzen), sei es mir gestattet, dieses Heiratsalter ein wenig vom biologischen Standpunkt aus zu betrachten.

Da die Ehe, wie gesagt, für den Gesetzgeber den Zweck hat, Nachkommenschaft zu produzieren, so muß er darauf bedacht sein, daß die Eheschließenden in einem möglichst geschlechtsreifen Zustand die Ehe eingehen. Garantiert aber ein Mann von 18 und eine Frau von 15 Jahren schon genügend die Fortpflanzung des Menschengeschlechts? Leider müssen wir sagen, vom biologischen Standpunkt aus: ja. In unserem Klima hat der junge Mann von 18 Jahren nicht allein schon vollständig ausgebildete Genitalien, sondern auch ein vollständig funktionierendes Genitalsystem, d. h. befruchtungsfähiges, reifes Sperma in den Hoden, Fortbewegung desselben durch die Samenkanäle bis zu den Ductus ejaculatorii, Erektion, Ejakulation. Alles funktioniert in diesem Alter — leider — schon. Der 18jährige junge Mann hat biologisch schon die vollständige Reife zur Fortpflanzung, aber — er hat noch nicht die genügende körperliche Reife für eine ständige geschlechtliche Betätigung und ganz besonders noch nicht die sittliche Reife zum Eingehen einer Ehe. Morache macht darauf aufmerksam, daß besonders durch Bertillon (article „mariage“ in Dict. encyclopédique des sciences médicales LXII, 1872) erwiesen ist, daß die Sterblichkeit unter jungen Ehemännern unter 20 Jahren achtmal größer ist als unter Unverheirateten desselben Alters.

Beim weiblichen Geschlecht ist ebenfalls biologisch die Möglichkeit einer Befruchtung mit dem 15. Lebensjahre gegeben, eigentlich schon mit dem Momente, wo die erste Menstruation eintritt, d. h. vom Eierstock ein Ei ausgestoßen wird. Vom biologischen Standpunkt aus also müssen wir auch hier sagen, ist die Fortpflanzungsfähigkeit vorhanden, nichtsdestoweniger müssen wir aber auch hier bekennen, daß den körperlichen Anforderungen, die die Schwangerschaft mit all ihren Beschwerden und Gefahren, die Mutterschaft und der gesamte weitere Verlauf stellt, ein 15jähriges Mädchen nur in den seltensten Fällen gewachsen ist, ganz abgesehen davon, daß eine Ovulation durchaus noch nicht eine Konzeption bedingen muß. Also von körperlicher Reife zur Ehe darf — ganz zu schweigen von sittlicher Reife — bei einem 15jährigen Mädchen im allgemeinen wohl nicht gesprochen werden.

Die Menstruation selbst tritt ungefähr mit dem 14.—15. Lebensjahre

in unseren Breiten ein. In heißen Klimaten, wie Afrika, Indien usw. sind die Mädchen schon mit dem 12. Jahre, im hohen Norden bei den Eskimos, Lappen, Norwegern mit dem ca. 16. Jahre menstruiert. — Gerade beim weiblichen Geschlecht ist der Einfluß des Klimas auf die sexuellen Reifungsvorgänge ein entschieden eklatanterer als beim Manne. Die Zeichen der sexuellen Reife haben ja schon den alten Völkern große Schwierigkeiten gemacht. Daß man in Indien die Menstruation für den Zeitpunkt der Geschlechtsreife und damit der Heiratsfähigkeit erkannte, ist nach dem früher Gesagten verständlich. Wir finden daher auch beim alten indischen Arzt Susruta die wiederkehrende Menstruation als Zeichen der Geschlechtsreife angesprochen.

Im alten Rom hielt man die Reifung der äußeren Pubes für vollendet, wenn die Schamhaare vorhanden waren. Justinian ordnete an, daß ein Mädchen dann als heiratsfähig anerkannt würde, wenn die Schamhaare ausgebildet seien. Da aber eine Menstruation noch nicht absolut eine Heiratsfähigkeit bedingen muß, ist meines Erachtens eine von manchen Autoren geübte Trennung von Pubertät und Nubilität nicht ganz unrichtig. Die erste würde man daher in unseren Breitegraden mit dem 14.—15. Lebensjahre, die letztere mit dem 17. bis 18. Lebensjahre anzusetzen haben. Übrigens hält auch das deutsche Strafgesetzbuch an eine Befruchtung erst mit dem 14. Lebensjahre fest, wenigstens spricht es bei Mädchen unter 14 Jahren von unzüchtigen Handlungen, nicht von Beischlaf. Ja, selbst diesen Zeitpunkt, 17.—18. Jahr kann man m. E. als einen noch etwas zu verfrühten zur Heirat ansehen, denn man vergesse nicht, daß das Knochenskelett, wenn auch nicht sichtbar, bis zum 20. Lebensjahre in ständigem Wachstum begriffen ist, denn der Beckendurchmesser (die Conjugata vera) unterliegt noch Schwankungen im Wachstum und dieser ist für die Geburt doch von großer Wichtigkeit. Die Entwicklung der Schwangerschaft, besonders aber die Geburt hängen ab von der Nachgiebigkeit des Muttermundes. Je jünger ein Mädchen, desto rigider und weniger nachgiebig der Muttermund, desto geringer die Ausbildung der Gebärmuttermuskulatur, desto größer die Verzögerung der Geburt, die Blutung während und nach der Geburt, desto gefährdeter die Frau bei derselben. Vom Standpunkt der Hygiene müssen wir also, entgegen dem der Biologie, Verheiratung eines Mädchens vor dem 18. oder noch besser vor dem 20. Jahre als nicht ratsam anerkennen und die Statistik Moraches zeigt uns dies. Die Sterblichkeit der jungen Mütter vom 15.—20. Jahre verhielt sich im Verhältnis zur Sterblichkeit der jungen unverheirateten Mädchen desselben Alters in Frankreich wie 158 : 100, in Belgien wie 167 : 100, in Holland wie 203 : 100.

Das Gesetz kann sich natürlich nicht an den hygienisch- physiologischen Standpunkt halten, es muß eine Minimalgrenze nach unten

haben. Wir finden daher auch in allen Ländern einen Ehemündigkeitstermin. Derselbe ist nach Morache

	bei den Männern	bei den Frauen
in Rußland . . .	das 18. Lebensjahr	das 16. Lebensjahr
„ Deutschland „ Frankreich „ Belgien „ Italien	„ 18. „	„ 15. „
„ Österreich . . .	„ 14. „	„ 14. „
„ England „ Spanien „ Portugal	„ 14. „	„ 12. „

Ausnahmen gibt es auch hier, so ist z. B. der jüngste deutsche Ehemann zur Zeit 15 Jahre. Unter 16 Jährigen gibt es in Deutschland 15 Verheiratete und einen Witwer, unter 17 Jährigen 62 Verheiratete, einen Witwer; 64 fünfzehn-, 524 sechszehnjährige Frauen usw. Gestattet ist die Ehe gesetzlich natürlich erst später, so in Deutschland den Männern meist mit dem vollendeten 21. Lebensjahre (§ 1303 des bürgerlichen Gesetzbuches), in Italien mit dem vollendeten 18. Lebensjahre. Die meisten sehr jugendlichen Ehen werden in Europa wohl in Italien geschlossen. So sind 23,4% aller eheschließenden Frauen unter 20 Jahren in Italien, 20,5% in Frankreich, 8,1% in Preußen, 6,4% in Schweden.

Der Zweck der Kindererzeugung tritt beim Eingehen einer Ehe zwischen älteren Leuten zurück resp. verschwindet ganz. Hier hat auch der Gesetzgeber den rigorosen Standpunkt fallen gelassen und gestattet die Ehe bis in das späteste Greisenalter hinein. Ob diese Ehen im höheren Alter vom hygienischen Standpunkt aus sehr wertvoll sind, ist eine andere Frage und soll hier nicht erörtert werden. Die Tierzucht vermeidet bekanntlich prinzipiell die Paarung schon relativ älterer Zuchttiere — und mit Recht. Jedenfalls läßt sich schon a priori sagen, daß z. B. die Nachkommenschaft von Männern, die mit 60 Jahren und darüber noch zur Ehe schreiten, hygienisch entschieden minderwertiger ist als die in jungen Jahren gezeugten Kinder. Bei der Frau setzt ja glücklicherweise schon das Wegbleiben der Menstruation, die regressive Metamorphose in der Zeit der Menopause und die damit einhergehende Atrophie der Ovarien der Zeugung ein Ziel. Eine Zeugung bei einer Frau jenseits dieser Zeit würde ebenfalls im Interesse der Nachkommenschaft nicht erwünscht sein, ganz besonders aber im Interesse der Frau selbst nicht, da in diesem Lebensalter, besonders wenn keine Geburten vorhergegangen sind, die Rigidität des Muttermundes eine derartige ist, daß eine Entbindung mit den größten Gefahren für das Leben der Mutter verbunden ist.

Jedenfalls sehen wir, daß die Natur dem Manne die Zeugungsfähigkeit weit länger, wenigstens 1—1½ Jahrzehnt länger belassen hat. Aus diesem sexuellen Grunde ist auch die bis 10 Jahre jüngere Ehefrau resp. der bis ein Jahrzehnt ältere Ehemann das richtige Verhältnis. Ein Mann im Alter von 50 Jahren steht gewöhnlich noch auf dem Stadium genügender Potenz zur Erzeugung von Nachkommen und bis zum ca. 55. Lebensjahre, oft auch noch darüber, besteht nicht bloß die Zeugungsfähigkeit des Spermas, sondern auch die Beischlafsfähigkeit des Mannes, die Erektions- und Ejakulationsfähigkeit. Die regressive Sexualmetamorphose geht beim Manne langsamer vor sich als bei der Frau. Bei einer Frau über 40 Jahren hingegen ist die Geburt schon selten, über dem 45. Lebensjahre gehört sie zu den größten Seltenheiten. Wenn der Mann auch länger zeugungsfähig bleibt, so ist diese Zeugungsfähigkeit im Interesse der Nachkommen keine erwünschte, sondern die Potenz ist es höchstens im Interesse des gesundheitlichen Zustandes des Mannes. Kein Arzt sollte, wenn ein Mann über 45 Jahre zu ihm kommt mit dem Wunsche, sich zu verheiraten, um noch Kinder zu bekommen, ihm dazu raten, ihm im Gegenteil abraten, noch Kinder zu zeugen, jedenfalls über dem 50. Lebensjahre abraten. Das Anraten einer neumalthusianischen Ehe halte ich, wie in so manchen anderen Fällen, auch hier im Interesse der Nachkommenschaft für eine gute Tat. Denn selbst eine gesunde und noch jugendliche weibliche Partnerin vermag keineswegs das Alter des Mannes als Erzeugers zu kompensieren. Man vergesse nicht, daß das Kind stets das Produkt der beiden Erzeugenden ist. Die Kompensierung kann eben nur bis zur Hälfte stattfinden. Zur anderen Hälfte wird das Kind doch mehr oder weniger mit gewissen Erscheinungen väterlicher frühzeitiger Senilität behaftet sein. Glücklicherweise werden ja Ehen im späteren Alter von einer höheren Warte als der sexuellen geschlossen und ich meine, wenn nicht große zwingende Gründe für das Erscheinen eines Nachkommen sprechen, sollte der Arzt in allen solchen Fällen nicht direkt gegen das Eingehen einer Ehe sein, sondern gegen das Erscheinen von Nachkommenschaft. Neumalthusianismus ist in solcher Ehe, im Interesse der Nachkommenschaft und der Eltern, der menschlichen Gesellschaft selbst, dem Ehepaar dringend ans Herz zu legen. Der Standpunkt des römischen Rechts, Männern über 60 Jahren die Ehe zu verbieten, eben um minderwertige Nachkommenschaft eventuell noch zu verhüten, hatte entschieden seine Berechtigung. Die Römer waren hier in der Hygiene uns voraus. Nur hatte das Verbot aus diesem Grunde für die damalige Zeit seine Berechtigung, für die unserige nicht mehr. Es hat wohl auch nicht länger bestanden, denn das kanonische Recht kennt es nicht mehr. Nach ihm können Greise und Greisinnen in jedem Lebensalter heiraten und dieses ist vom humanen Standpunkt unserer

Jetztzeit das richtige. Denn die Ehe wird in diesem Alter auf anderer Grundlage als der sexuellen geschlossen, aus mehr altruistischen Gefühlen heraus resp. als Verstandesvereinigung.

Beim Eheeingehen im späteren Alter nimmt auch der deutsche Gesetzgeber Nachkommenschaft nicht an resp. er nimmt nicht mehr an, daß in diesem Falle die Ehe auf sexueller Grundlage geschlossen wird, d. h. daß eine „Erfüllung der ehelichen Pflichten" stattfindet, wohl aber nimmt er an, wenn eine Ehe zwischen zwei Ehekandidaten im zeugungsfähigen Alter geschlossen wird, daß die ehelichen Pflichten erfüllt werden, denn § 1333 des B. G.-B. bestimmt: „Eine Ehe kann von dem Ehegatten angefochten werden, der sich bei der Eheschließung in der Person des anderen Ehegatten oder durch solche persönlichen Eigenschaften des anderen Ehegatten geirrt hat, die bei Kenntnis der Sachlage und vollständiger Würdigung des Wesens der Ehe von der Eingehung der Ehe abgehalten haben würden".

Der Ausdruck „debitum conjugale" stammt aus dem kanonischen Recht. Er bezeichnet das Recht des einen Ehegatten auf sexuellen Verkehr mit dem anderen. Es hat dieses Recht genauer sich über diese Verpflichtungen ausgelassen, weniger die Zivilgesetzbücher der einzelnen Kulturstaaten. So bestimmt § 1568 des deutschen BGB.: „Ein Ehegatte kann auf Scheidung klagen, wenn der andere Ehegatte durch schwere Verletzung der durch die Ehe begründeten Pflichten eine so tiefe Zerrüttung des ehelichen Verhältnisses verschuldet hat, daß dem Ehegatten die Fortsetzung der Ehe nicht zugemutet werden kann."

Das österreichische BGB. ist schon bedeutend klarer. Es sagt in § 53: „Ansteckende Krankheiten oder dem Zwecke der Ehe hinderliche Gebrechen desjenigen, mit dem die Ehe eingegangen werden soll, sind rechtmäßige Gründe, die Einwilligung der Ehe zu versagen" und § 60: „Das immerwährende Unvermögen, die eheliche Pflicht zu leisten, ist ein Ehehindernis, wenn es schon zur Zeit des geschlossenen Ehevertrags vorhanden war, ein bloß zeitliches oder ein erst während der Ehe zugestoßenes selbst unheilbares Unvermögen kann die Bande der Ehe nicht auflösen".

§ 99. „Die Vermutung ist immer für die Gültigkeit der Ehe. Das angeführte Ehehindernis muß also vollständig bewiesen werden und weder das übereinstimmende Geständnis beider Ehegatten hat hier die Kraft eines Beweises, noch kann darüber einem Eid der Ehegatten stattgegeben werden."

§ 100. „Insbesondere ist in dem Fall, daß ein vorhergehendes und immerwährendes Unvermögen, die eheliche Pflicht zu leisten, behauptet wird, der Beweis durch Sachverständige, namentlich durch erfahrene

Ärzte und Wundärzte und nach Umständen auch durch Hebammen zu führen."

§ 101. „Läßt sich mit Zuverlässigkeit nicht bestimmen, ob das Unvermögen ein immerwährendes oder bloß zeitliches sei, so sind die Ehegatten noch durch ein Jahr zusammen zu wohnen verbunden, und hat das Unvermögen diese Zeit hindurch angehalten, so ist die Ehe für ungültig zu erklären."

Daraus geht hervor, für wie wichtig der (österreichische) Gesetzgeber die Erfüllung der dèbita conjugalia hält. Aber nicht allein die bürgerlichen Gesetzbücher, auch die Strafgesetzbücher beweisen uns dies.

So sagt das deutsche Strafgesetzbuch in § 224: „Hat die Körperverletzung zur Folge, daß der Verletzte die Zeugungsfähigkeit verliert, so ist auf Zuchthaus . . . zu erkennen"

und das österreichische Strafgesetzbuch in § 156: „Hat aber das Verbrechen (der schweren Körperbeschädigung) a) für den Geschädigten . . . den Verlust der Zeugungsfähigkeit . . . nach sich gezogen, so ist die Strafe . . . anzumessen".

Sie zeigen uns, wie hoch die Gesetzgeber die Zeugungsfähigkeit des Menschen einschätzen.

Die Impotenz, das Unvermögen, seine ehelichen Pflichten zu erfüllen, kann also für den Arzt von Bedeutung werden bei Ehescheidungsklagen, dann bei Alimentationsklagen, und — recht selten — bei der Frage nach der ehelichen Abstammung eines Kindes, wenn er als Gerichtsarzt oder als Sachverständiger vor Gericht fungieren muß. Weit mehr aber wird Kenntnis der Funktionsstörungen der Zeugung, und zwar meist ehelicher, jedoch auch unehelicher Art in seiner Praxis seitens der Patienten von ihm verlangt, denn in erster Linie wenden sich die Patienten an den Arzt um Behebung ihrer Impotenz resp. Sterilität. Von diesem rein medizinischen, praktischen Standpunkt aus sollen in den nachfolgenden Zeilen auch die funktionellen Störungen der Zeugung betrachtet werden.

Das Gebiet der Funktionsstörungen der Zeugung beim Menschen muß notgedrungenerweise beim männlichen und weiblichen Geschlecht gesondert abgehandelt werden. Die totale Verschiedenheit der Geschlechter erfordert eine solche getrennte Besprechung. Die Funktionsunfähigkeit der Zeugung kann männlicher- wie weiblicherseits, wie beiderseits zugleich bestehen.

Es wäre erforderlich, hier einen allgemeinen Überblick über die Libido, den Zeugungstrieb zu geben. Ich habe dies aber getan in Band I vorliegender Zeugungsmonographien, S. 22—32 und muß hier darauf verweisen. Hingegen wird ein etwas näheres Eingehen auf die Besonderheiten der Libido des Weibes bei den „Funktionsstörungen der Zeugung beim Weibe" Bd. IV vorlieg. Monographien nicht zu umgehen sein.

B. Ätiologische Vorbemerkungen zu den Funktionsstörungen der Zeugung.

Die sexuellen Abnormitäten und Anomalien des Geschlechtsverkehrs, die beim Manne, aber auch beim Weibe zu Funktionsstörungen des sexuellen Aktes führen können, sind

1. Die Masturbation,
2. Der Coitus interruptus,
3. Masturbatio interrupta,
4. Der Abusus sexualis,
5. Die Abstinentia sexualis, wie vielfach wenigstens noch behauptet wird,
6. Die Neurasthenia sexualis,

wobei allerdings von vornherein gesagt werden muß, daß alle diese Erscheinungsformen der Sexualbetätigung resp. -nichtbetätigung oft im bunten Wechsel mit und untereinander ätiologisch für die sexuellen Funktionsstörungen in Betracht kommen, andererseits, wie z. B. die Neurasthenia sexualis, erst wieder Folgen der anderen ätiologischen Faktoren sind.

1. Die Masturbation.

ist „diejenige Betätigung des Geschlechtstriebes, bei welcher die äußeren Schamteile nicht, wie beim Koitus, durch Vereinigung und Friktion der männlichen und weiblichen Genitalien, sondern durch Manipulation mit den Händen bis zur Ejakulation, zur Ausspritzung des Spermas, beim Weibe bis zum Orgasmus mit Ausstossung des „Kristeller" gereizt werden, entweder allein durch die Hände oder durch irgendwelche Instrumente." (Rohleder, Masturbation, 3. Aufl., S. 14.) Die Masturbation ist eine ungemein verbreitete. Sie ist weit verbreiteter als Syphilis und Tripper, ja, sie ist die verbreitetste aller Volkskrankheiten, wenn man dieses Wort „Krankheit" überhaupt anwenden darf. Wenn man nun bedenkt, daß „das Wirken dieses Lasters gerade mit Rücksicht auf die funktionellen Erkrankungen des männlichen Geschlechtssystems eine außerordentliche Dignität hat", wie Fürbringer, einer der allerersten Kenner der männlichen Funktionsstörungen sagt, dem ich nur noch hinzufügen möchte, auch für die weiblichen Funktionsstörungen, so wird man den delitären Einfluß der Masturbation auf die Funktionsstörungen schon von vornherein etwas ermessen können.

Fürs erste ist festzustellen, daß, entgegen Binswanger, dem bekannten Jenenser Psychiater und Havelock Ellis u. a., die Onanie eine unnatürliche Betätigung des Geschlechtstriebes ist, denn sie ist kein normaler Vorgang im menschlichen Körper, keine natürliche Er-

scheinungsform des menschlichen Geschlechtstriebes, sondern eine unnatürliche Befriedigung desselben. Natürlich ist — oder wenigstens ist fast immer — wie beim Normalverkehr die Libido sexualis die Triebfeder zu onanistischen Akten. Dieselben sind nun deficiente actu naturali, infolge fehlenden Sexualobjekts, künstliche Reizungen des Gliedes bis zur Erscheinung des Sexualorgasmus, männlicherseits der Ejaculatio spermatis, weiblicherseits der Ejakulation des Cervicalschleimes, des „Kristeller". Onanie ist aber keine physiologische Notwendigkeit, wie Ellis meint, sondern, wenigstens während ihrer größten Betätigung in der Jugend eine pathologische Betätigung. Physiologisch ist die Auslösung des Orgasmus, d. h. des Sexualspasmus durch die Pollutionen, männlicher-, wie weiblicherseits, denn auch die Frau hat Pollutionen.

Daß die Onanie als vielfach pathologische Erscheinung dann auch pathologische Folgen haben muß, ist eigentlich selbstverständlich, obgleich man von vornherein annehmen sollte, daß, da die Masturbation, ebenso wie der Koitus eine Entleerung der sexuellen Plethora (die Ejakulation des Samens resp. beim Weibe die Ausstoßung des Kristeller und die Auslösung des Uterinmechanismus) zur Folge haben, beide in ihren Einwirkungen auf den Organismus die gleichen sein sollten. Das ist durchaus nicht der Fall. Die Onanie wird meist zur pathologischen Erscheinung.

Ich werde später zeigen, wie übermäßige Kohabitation ebenfalls schädlich für den Organismus wirkt. Nützlich für den Organismus wirkt nur ein in Schranken gehaltener, dem natürlichen Bedürfnis des Organismus entsprechender normaler Sexualverkehr beim sexuell gereiften Menschen, weil er einem physiologischen Bedürfnis des Organismus dient. Nützlich aber wirkt eine in Schranken gehaltene, dem natürlichen Bedürfnis des Organismus entsprechende Onanie fast niemals. Sie ist im letzterem Falle unschädlich aber nicht direkt nützlich. Das ist der Unterschied zwischen normalem Geschlechtsverkehr und Onanie.

Wodurch aber wirkt die Onanie schädlicher als in gleichem Maße ausgeübter Coitus naturalis?

1. Dadurch, daß sie zu früh beginnt. Sie beginnt schon in der Kindheit, während normaler Geschlechtsverkehr doch erst nach der Pubertätszeit, ca. mit dem 20.—25. Lebensjahre beginnt, die Onanie aber durchschnittlich mit dem 11.—12. Lebensjahre, d. h. um ein volles Jahrzehnt früher. Sie ist ein Übel der Schuljahre, rund der Zeit des zweiten Dezenniums, und zwar ein außerordentlich verbreitetes. Über die wahre Verbreitung des Übels hatte man bis vor kurzem noch keine Ahnung. Ja, man verschloß sich der Kenntnisnahme der Verbreitung der Onanie mit Absicht. Man wollte nicht wissen, daß sie so verbreitet ist in den Schulen. Es existieren bis jetzt ca. 10 kleinere statistische Berichte über Onanie, die alle einen Durchschnitt von ungefähr 90% aller Menschen als jemalige Onanisten aufweisen, also

Statistiken, die den schon 1899 in der ersten Auflage meiner „Masturbation" angegebenen Prozentsatz leider — nur bestätigt haben.

So fand Dr. Meirowski bei einer Enquete unter Studenten	71 %
Derselbe bei einer späteren Enquete unter Ärzten . . .	88,7%
Nach einer russischen Enquete	60 %
Dr. Julian Marcuse, München.	92 %
Prof. Hermann Cohn, Breslau	99 %
Eine pädagogische Enquete in Budapest (Dr. Deutsch) .	96,7%
Prof. Joung, Amerika	100 %
Dr. Berger hält ebenfalls jeden Menschen für einstigen Onanisten, ebenso Stekel	100 %
Dr. Hahn	96 %
Porosz, Budapest, unter vielen Hundert jungen Leuten nur zwei, die nicht onanierten, also an	99 %
Nach meinen persönlichen Erfahrungen	90 %

D. h. durchschnittlich 90% aller jungen Leute verfallen im zweiten Lebensdezennium der Onanie, und zwar durchschnittlich einige Jahre lang.

Wenn man sich dies überlegt, kann man sich vorstellen, daß diese so gewaltig in unserer Jugend grassierende Seuche nicht ohne allen Einfluß auf die spätere Gesundheit der Menschen sein wird, denn nach Meirowskis Statistik dauerte die Masturbation in den meisten Fällen 3 bis 5 Jahre hindurch, setzte hauptsächlich mit dem 12. Lebensjahre ein und dauerte durchschnittlich bis zum 19.—20. Jahre. Also die Zeit vom 12.—17.—20. Lebensjahre ist diejenige, wo wir die 90% von Masturbanten annehmen müssen. Nun wird aber, und das ist die Hauptsache, dem Übel in dieser Zeit so stark gefröhnt, daß es für einen großen Teil der Onanisten Folgen mehr oder weniger schwerer Art hinterläßt, nach meiner Erfahrung bei ca. 34%, nach Meirowski in ca. 22%. Wenn man in den Anamnesen der Sexualneurastheniker und besonders der an sexuellen Funktionsstörungen Erkrankten nachforscht, findet man in fast allen Fällen frühere Masturbation. Es fragt sich nur, inwieweit ist dieselbe ätiologischer Faktor der späteren Leiden. Es ist klar, daß man nicht jedes beliebige Leiden der früheren Onanie in die Schuhe schieben kann, nicht das „post hoc ergo propter hoc" hier als Grundsatz aufstellen kann. Ich bin hierbei von dem Grundsatz ausgegangen, 1. die älteren und geistig höher stehenden Patienten selbst beurteilen zu lassen, ob sie die frühere Onanie mit der sexuellen Funktionsstörung glauben in Zusammenhang bringen zu können und 2. zu forschen, ob nach späteren Rückfällen in die Onanie auch das Leiden resp. eine Verstärkung sich zeigte. Hiernach glaube ich in ca. ⅓ der Fälle von Spermatorrhöen

und präzipitierten Ejakulationen sagen zu können, daß die frühere Onanie mitwirkender Faktor war. Der Übergang der Masturbation in Sexualneurosen und Neurasthenie überhaupt ist ja meist ein so schleichender und allmählicher, daß eine sexuelle Funktionsstörung nicht als direkte Folge bezeichnet werden kann. Wenn aber, wie wohl jeder auf dem Gebiete der Vita sexualis erfahrene Arzt schon beobachtet hat, ein Patient ihm meldet, daß nach einem heftigen mehrmaligen Rückfall in die Onanie im späteren Alter (wie in den dreißiger Jahren) die Ejakulation apud coitum ante immissionem oder unmittelbar darauf erfolgt, sonst aber normal kommt, wenn sogar schwerere Erectio danach sich einstellt, Erscheinungen, die dann bei Ablassen von der Onanie auch prompt wieder verschwinden, so ist es schwer, die letztere als ursächlichen Faktor direkt auszuschließen. Ich habe nur in seltenen Fällen von sexuellen Funktionsstörungen gefunden, daß frühere Masturbation geleugnet wird, was ja aber bei der ungeheuren Verbreitung der Masturbation nicht allzuviel sagen will. Nur in den Fällen, wo neben früherer Onanie später Abusus sexualis resp. Coitus interruptus betrieben worden war, war es sehr schwer, zu entscheiden, was auf das Konto der Masturbation und was auf das der anderen sexuellen Verirrungen zu setzen war.

Die Onanie wirkt aber nicht bloß schädlicher als der Normalkoitus in normalen Grenzen, sondern im allgemeinen auch als ein übermäßiger Koitus, denn in der Zeit ihres Beginns, also mit dem ca. 12. Jahre, ist der kindliche Organismus noch in seiner besten Entwicklung begriffen, und zwar körperlich wie geistig, und gerade dies letztere ist es ja, das besonderen Schaden stiftet. Denn das Hirn hat noch nicht seine völlige Ausbildung erlangt, ebenso sind die physischen Organe bis herab zum Knochensystem noch im energischen Wachstum begriffen und was die Hauptsache, die Onanie wird vor der Vollendung der Geschlechtsreife, also vor der geschlechtlichen Ausbildung betrieben. Die Spermatozoen bildenden Organe, die Hoden, sind noch nicht zu diesem Zwecke reif und trotzdem kommt es zu einem gewissen Sexualspasmus. Die zentralen Sexualorgane, die Sexualzentren werden ebenfalls allzufrüh schon gereizt, ja überreizt. Es erfolgen zwar mit dem 12. Jahre gewöhnlich noch keine Ejakulationen, eben infolge der Unreife der Hoden. Nichtsdestoweniger wird aber, wahrscheinlich durch den ganzen Ablauf der sexuellen künstlichen Erregung durch die Masturbation, das Ejakulationszentrum bisweilen doch so stark erregt, daß es hin und wieder zu Ejakulationen kommt, wenn auch mit meist unfertigen Spermatozoen und unreifen Elementen des Samens wie des Prostatasaftes usw. Eine solche Anstrengung und künstliche Erregung von noch

nicht funktionstüchtigen Organen zur Funktionsarbeit muß doppelt schädlich für die betreffenden Organe wirken. Wenn nun aber keine Ejakulation erfolgt, wie es in diesem Alter meist der Fall ist, wird dem Körper durch die Onanie auch nicht die Beruhigung gegeben wie nach einem Koitus. Die künstliche Erregung des Körpers und damit auch der Nervenzentren, des Gehirns und Rückenmarks wird nicht befriedigt, kurz, der Sexualspasmus wird nur unvollkommen ausgelöst, erhält keine Entladung, es kommt zu einer Irritation des Sexualnervensystems, die bei ständiger Onanie in diesem Lebensalter zu einer ständigen Irritation im Geschlechtsnervensystem führen muß. Damit ist der Boden für die verfrühten Ejakulationen beim späteren Koitus, damit wieder für die Impotenz sowie die krankhaften Samenergüsse gegeben, d. h. für die Sexualneurasthenie.

Hierzu kommt noch ein Punkt, daß dem Hodengewebe durch die vielen jahrelangen Irritationen bei heftiger Onanie vielleicht doch Schädigungen irgendwelcher Art zugefügt werden, die bei der späteren Spermaproduktion sich zeigen könnten wie in minderwertigen Spermatozoen usw. Doch wissen wir über diesen Punkt nichts.

Zuletzt vergegenwärtige man sich aber einmal die nervöse Erschütterung bei einer heftigen Onanieattake für den nach jeder Hinsicht hin unreifen kindlichen Organismus. Dazu kommt 2., daß die Onanie viel häufiger ausgeübt wird als der Coitus naturalis. Es kann der natürliche Beischlaf in diesem Alter überhaupt noch nicht oder nur außerordentlich selten vorgenommen werden. Die Gelegenheit aber zur Onanie ist fortwährend vorhanden. Fürbringer spricht von vier- bis fünfmaliger Onanie pro Tag, Cohn von Fällen, wo vier- bis sechsmal an einem Tage onaniert wurde von 15 bis 18jährigen Schülern und ich selbst habe einige Fälle beobachtet, wo 16 resp. 19jährige junge Leute bis zu achtmal an besonders schweren Tagen onanierten. In einem Fall ist mir versichert worden, daß durch mehrere Monate hindurch vier- bis sechsmal onaniert wurde und selbst in den zwanziger Jahren noch zwei- bis dreimal pro Tag im Durchschnitt. Es sind diese Fälle allerdings die schwersten Fälle von Masturbation und relativ, nicht absolut selten. Hingegen gehört nach meinen Erfahrungen eine durchschnittlich ein- bis zweimalige Onanie viele Jahre hindurch von den Entwicklungsjahren bis in die Mitte der Zwanziger, also bis zu einem Jahrzehnt hindurch, durchaus nicht zu den Seltenheiten, ebenso wie die Fälle, wo noch in den dreißiger und selbst vierziger Jahren, auch in der Ehe, hin und wieder onaniert wird. Nach meinen Erfahrungen sind die Fälle, wo präter propter einmal im Durchschnitt pro Tag vom ca. 12.—18.—20. Lebensjahre das Übel betrieben wird, die Norm, und die Fälle, wo nur ein- bis zweimal pro Woche, onaniert wird, gehören in der Entwicklungszeit vom 12.—17. Lebensjahre zu

den selteneren. Man wird erstaunt sein über diese Angaben. Aber heute denken die Ärzte gemeiniglich ja noch gar nicht daran, bei Krankheiten irgendwelcher Art in der Anamnese nach Onanie zu forschen und keinem Onanisten, wenigstens in jüngeren Jahren, fällt es von selbst ein, die Onanie zu beichten. Diese Fälle gehören nach meinen praktischen Erfahrungen zu den verschwindend seltenen Ausnahmen und dürften kaum ein bis einige Prozent ausmachen. Die Ärzte aber forschen nicht danach und so gedeiht im Dunkeln das Übel üppig weiter. Hätten die Ärzte heute schon eine Ahnung, wie häufig die Onanie überhaupt ist und welche Schäden, wenn vielfach auch nur vorübergehender, bisweilen aber bleibender Art, sie anrichtet, hätten sie eine Ahnung, welch wichtigen ätiologischen Faktor sie darstellt, sie würden bei ihren Krankenanamnesen „blaue Wunder" erleben.

So konsultierte mich vor langen Jahren einmal ein Student mit Cerebrasthenie, der mir gestand, er sei bei sieben Ärzten, darunter einem Professor und einem Geheimrat gewesen, aber auch nicht einer hätte nach Onanie gefragt, ich sei der erste und daß sein Leiden damit im Zusammenhang stehen sollte, wollte ihm nicht in den Kopf. Er führte seine geistige Zerfahrenheit auf den übrigens mäßigen Sexualgenuß zurück, nicht auf die noch mit dem 24. Lebensjahre bestehende und mit dem 16. Jahre (oder 15.) begonnene Onanie.

Ich habe gefunden, daß selbst in den Fällen, wo anfangs der zwanziger Jahre schon mit Koitus begonnen wurde, doch mindestens drei- bis fünfmal so häufig onaniert wurde! Und nun gar im zweiten Lebensdezennium, wo drei- bis fünfmal pro Tag und noch häufiger onaniert wird. Wie unendlich viel häufiger ist hier beim Unreifen die Onanie gegenüber einem vielleicht zweimaligen Koitus pro Woche im späteren Alter. Ca. zehnmal so häufig! Diese Verhältnisse muß man sich überlegen, den so außerordentlich frühen Beginn mit dem ca. 12. Lebensjahre, die noch völlige Unreife des Genitalsystems, aber auch des übrigen Körpers, besonders des Nervensystems und der geistigen Zentren, die so außerordentliche Häufigkeit gegenüber dem Koitus nach den Entwicklungsjahren in der sexuellen körperlichen und geistigen Reife, und man wird verstehen daß die Onanie ein weit schädlicheres ätiologisches Moment in den Entwicklungsjahren darstellt, für die späteren Funktionsstörungen des Genitalapparates bei Mann und Weib sein wird, als man gemeiniglich jetzt noch annimmt.

Hinzu kommt, ebenfalls noch nicht genügend erkannt, als ein sehr wichtiger und doch allgemein verbreiteter schädigender Faktor die Alkoholverabreichung an unsere Jugend. Gerade diese verschuldet zu einem großen Teil die zu frühzeitige Erweckung des Sexualtriebes und damit der Onanie. Es gibt nach meinen Erfahrungen kein

besseres Mittel, die Erweckung der Libido sexualis und damit zu einem großen Teil, mindestens zu 25%, die so frühzeitige Masturbation hinauszuschieben als die Alkoholabstinenz in der Jugend. Meirowski: „Geschlechtsleben der Jugend, Schule und Elternhaus", II. Aufl., S. 6, fand, daß bei 1/4 der Menschen die ersten geschlechtlichen Empfindungen im 9. und 10. Lebensjahre eintraten, im 11. und 12. Jahre am häufigsten zum Ausbruch kamen, daß im Alter von 12 und 13 Jahren 31%, im Alter von 14 und 15 Jahren 73% der Masturbation sich ergaben. So kann man, wo heute noch die Verabreichung von Alkohol in Form von Bier oder Wein bei weitaus dem allergrößten Teil unserer Jugend zum täglichen Gebrauch gehört, ermessen, ein wie immens schädigender Faktor der Alkohol für den Verfall unserer Jugend in die Onanie und damit indirekt für die späteren Funktionsstörungen der Zeugung darstellt. Denn im großen und ganzen sind gerade diejenigen Kinder, die von früher Jugend an Alkoholika als Tischgetränke erhalten, solche, die relativ zeitig dem Übel verfallen. Denn der Alkohol wirkt direkt stimulierend auf das Genitalsystem, besonders auf die Zentren im Hirn und Rückenmark, die der sexuellen Tätigkeit vorstehen. Das wissen wir ja alle aus eigener Erfahrung, daß Alkohol sexuell erregend wirkt, wenigstens in kleineren und mittleren Dosen. Und in der Jugend, wo es zur Reizung der sexuellen Zentren noch zarterer Anklänge nur bedarf, sollten die Alkoholdosen nicht diese Wirkung haben? Die Libido erwacht also unter den ständigen, wenn auch kleinen Alkoholdosen in der Jugend. Es bedarf nur des geringsten Anstoßes, um dieses unbestimmte Sehnen, den der Jugend noch unbekannten und unbewußten Drang zum Ausbruch zu bringen. Und der Ausstöße gibt es im Schulleben, ich meine damit natürlich nicht den Unterricht seitens der Lehrer, sondern den Verkehr der Kinder untereinander, mehr als genügend. Zeigt uns doch Meirowski (loc. cit. S. 13), daß in 58,3% die Kinder durch Kameraden zur Masturbation verführt wurden, in 30,2% ohne Verführung, von selbst, spontan dazu kamen.

Damit aber ist gegeben, was Alkoholabstinenz in der Jugend vermag. Erstens vermögen wir durch dieselbe, besonders in Verbindung mit körperlicher Ausarbeitung, den Sexualtrieb in seinem Erwachen um einige Jahre hinauszuschieben. Wenn dieser heute noch am häufigsten im 11.—12. Lebensjahre zum Durchbruch kommt, so kann meines Erachtens ein Hinausschieben des Erwachens desselben bis zum 14. Lebensjahre durch obige Faktoren sehr wohl erreicht werden. Was das aber heißt für die Onanie, können wir ermessen, wenn wir erfahren, daß nach Meirowski im fünften Jahre in 1,4%, im 6.—9. Jahre in je 1,7%, im 10. Jahre in 2,1%, im 11. Jahre in 2,9%, im 12. Jahre in 11,5%, im 13. Jahre in 10,8% masturbiert wurde, d. h. bis zum 14. Lebensjahre in 31,4%. Dieses 1/3 aller frühzeitigen Masturbation

könnte allein schon hierdurch vermieden werden. Würde nun in der Schule eine sachgemäße, vernünftige Sexualpädagogik einsetzen, d. h. eine dementsprechende Aufklärung der Jugend, (wie, habe ich in meinen „Grundzügen der Sexualpädagogik" gezeigt) und würden wir dadurch die Masturbation im 14. und 15. Lebensjahre vermeiden, so wäre ein ganz außerordentlich großes Stück von sexueller Hygiene und Prophylaxe getan, denn im 14. und 15. Jahre verfallen nicht weniger als 41,7% aller Masturbanten dem Übel. Damit aber wäre dem Entstehen der sexuellen Funktionsstörungen in einer wohl ungeahnten Weise vorgebeugt, aber auch den anderen Folgen der Onanie, wie Cerebrasthenie, der geistigen Energielosigkeit und der Gedächtnisschwäche. Damit wäre der geistigen Leistungsfähigkeit unserer Jugend, der Menschheit überhaupt während der Schule ein heute noch gar nicht zu ermessender Dienst geleistet. Und die Statistiken und Antworten der Onanisten in den Meirowskischen Anamnesen haben meine schon vor nun 14 Jahren in der ersten Auflage meiner „Masturbation" bezüglich der Folgen der Onanie, in erster Linie der geistigen Schädigung aufgestellten Ansichten schlagend als richtig bewiesen.

Sexualpädagogik, zu der auf jeden Fall als wichtiger Faktor auch die Sexualabstinenz der Jugend gehört, würde eine der besten Prophylaxen der geschlechtlichen Funktionsstörungen sein.

Als dritter schädigender Faktor der Masturbation gegenüber dem Koitus wirken die großen Anforderungen, die die erstere an das Zentralnervensystem, an das Hirn, die Phantasie des Kindes stellt.

Während beim Koitus die Libido hauptsächlich erregt wird durch Personen des anderen Geschlechts, durch Küsse, durch Berührung der gegenseitigen Körper usw., also durch natürliche, körperliche, greifbare Momente, fällt dies alles bei der Onanie weg. Hier ist es allein die Phantasie, welche dies alles ersetzen muß. Und was für schmutzige, unreine, die kindliche Seele vergiftende Phantasie ist es, die hier arbeitet, und oft welche unklare Phantasie, besonders in den ganz jungen Jahren! Die meisten Kinder haben noch keine richtige Vorstellung von den Vorgängen bei der Begattung. Die trüben Erzählungen von seiten der Kameraden, die Verführung seitens derselben, selbst bei fehlender Libido bisweilen, schaffen Phantasiebilder, die allein den Trieb zur Onanie darstellen. Das wichtigste Moment aber, die Reibungen und Bewegungen des Penis in der Scheide an den Schleimhautfalten derselben als mechanische Erregungsmittel, die die Kohabitierenden von selbst, wenn nur die Libido und damit die Erektion vorhanden war, ohne jegliche Zuhilfenahme der Phantasie bis zum höchsten Gipfel sexueller Erregung reizen und damit zur Auslösung derselben im Orgas-

mus durch die Ejakulation, alles dies fällt bei der Masturbation weg. Dem kindlichen, man bedenke, noch in bester Entwicklung befindlichen Gehirn, dem gesamten Nervensystem wird eine kolossale Arbeit zugemutet. Die noch nicht völlig ausgebildeten, so fein organisierten Zellen des Gehirns werden sehr heftig angestrengt und erschüttert, weit mehr als bei irgendeiner geistigen Arbeit in der Schule, eben weil der Masturbant ganz und gar in diesen Phantasiebildern aufgeht. Diese Überanstrengung der noch in der Entwicklung befindlichen Hirnzellen kann bei der ständigen, eventuell sogar mehrmals täglichen und jahrelang hindurch geübten Onanie und dem damit einhergehenden größeren Verbrauch von Nervenmaterie nicht ohne Einfluß bleiben, muß auf die Dauer schädlich wirken. Aber nicht nur das gesamte Nervensystem wird mehr verbraucht, auch die Sexualorgane werden durch den bei der Onanie stattfindenden Blutzufluß schneller zur Reifung gebracht, damit aber immer wieder der Reiz zu neuem Erwachen der Libido und damit zu neuer Masturbation gegeben. Denn wir wissen, daß die Spermatogenese in dem Hodengewebe reflektorisch in den sexuellen Zentren des Hirns und Rückenmarks die Libido auslöst, ein wirklicher Circulus vitiosus.

4. Wird durch die Masturbation, besonders die gegenseitige, aber auch durch die Solitärmasturbation, die innere Gemütsbildung, der Charakter, geschädigt. Die meisten Onanisten, selbst die im jugendlichen Alter, im ersten Dezennium, wissen, besonders wenn sie durch Verführungen von Schulkameraden dazu gebracht wurden, daß sie etwas Unrechtes begehen und suchen es geheim zu halten. Sie werden zu Lügnern. Das Gewohnheitsmäßige der Onanie stumpft ab. Das ständige Hinneigen zu diesem Unrechttun bildet den Hang zum Verheimlichen aus. Der ständige Verfall ins Übel läßt es nicht zur Ausbildung von Charakterfestigkeit kommen, führt zur Charakter- und Willensschwäche. Die Onanisten sind meist wankelmütig und verlogen.

5. Ist eine der gefährlichsten Folgen der Onanie die Rückwirkung auf den Organismus überhaupt, ihre somatische Wirkung. Das eben ist der Punkt, der von der Ärzteschaft noch nicht berücksichtigt, resp. falsch gedeutet worden ist. Der einzelne Onanieanfall hat für den Organismus nicht die erquickenden, wohltuenden Folgen wie der Normalkoitus. Beide sind in ihrer Wirkung, Entleerung der Genitalsekrete und Entlastung der Genitalien von ihrem Spasmus und damit auch des gesamten Körpers von der Spannung ähnlich, aber nicht gleich. Es ist die Wirkung der Onanie eine verschiedene, weil nach derselben nicht die Befriedigung eintritt wie nach einem normalen Koitus. Nach den Erfahrungen an einem großen Teil meiner Masturbantenpatienten wird die sexuelle Lust nur

zu einem Teil gestillt und es ist nach diesen praktischen Erfahrungen nicht zu viel gesagt, wenn ich behaupte, daß die Libido nach einem Onanieanfall viel schneller wiederkehrt als nach einem Koitus. Der letztere schafft vollständige Entspannung und Auslösung des Sexualspasmus, er bringt ein wohltuendes, den ganzen Körper durchströmendes Beruhigungsgefühl. Nicht mit Unrecht hat man ihn der Abkühlung nach einem Gewitter verglichen. Dieses Beruhigungsgefühl ist es, das nach einem Onanieakt vielfach ausbleibt, zum mindesten nicht in dem Maße den Körper erfüllt wie ein Koitus. Ja ein Autor, Porosz, meint sogar, daß der Trieb und die Reizung durch die Onanie nicht nur nicht befriedigt werden, sondern sich sogar danach steigerten. Das letztere ist nach meinen Beobachtungen allerdings zu weit gegangen und dürfte schon mehr Satyriasis resp. Nymphomanie anzeigen, d. h. einen Zustand fast chronischer sexueller Erregbarkeit, den weder Koitus noch Onanie befriedigen können. Mir wurde meist angegeben, daß die Erschlaffung nach Onanie nichts weniger denn angenehm, meist recht unangenehm, psychisch deprimierend sei. Es macht sich nach Onanie wie nach Spermatorrhöen eine starke Niedergeschlagenheit, Mattigkeit und Schwäche Platz, was als ein Ermüdungszustand der Nerven nach der Überreizung durch die Phantasiearbeit während des Aktes, wie durch den ganzen Akt überhaupt angesehen werden muß. Meint doch auch v. Krafft-Ebing, daß die erschöpfende Wirkung der Onanie auf das Nervensystem größer ist als die des physiologischen Koitus, weil durch die Onanie eine „inadäquate Reizung" gegeben sei.

Als sechster und letzter Faktor kommt bei der Onanie noch in Frage die psychische Depression, die einem Onanieakt folgt. Es unterliegt keinem Zweifel, daß ein gewisser, nach meinen Erfahrungen allerdings geringer Teil der Onanisten, besonders der seelisch tiefer angelegten, einen oft schweren inneren Kampf gegen seine Libido und die Masturbation durchmacht. Diese jungen Leute hassen die Onanie, suchen nach Möglichkeit von ihr sich zu befreien, kämpfen dagegen an und verfallen nur immer wieder der übermächtigen Libido. Desto größer ist dann der einem Onanieakt folgende Ärger. Die Reue, wieder besiegt zu sein und sich dem verhaßten Übel überlassen zu haben, quält und peinigt die jungen Leute mächtig. Es passiert bisweilen, daß einer oder der andere dieser mit Selbstvorwürfen sich peinigenden, tief religiös veranlagten Onanisten den Arzt aufsucht und allein ein Mittel zur Selbstermannung verlangt, um der Masturbation widerstehen zu können. Bei dieser Gruppe von Masturbanten hat der ewige Kampf zwischen Pflicht und Sexualtrieb doch stark nervöse Störungen im Gefolge, und ein Teil der später an psychischer Impotenz leidenden Patienten gehört zu ihnen. Erb sagt sehr richtig,

daß der „beständige Kampf zwischen dem übermäßigen Trieb und der sittlichen Pflicht besonders angreifend und erschöpfend auf das Nervensystem“ wirkt und sie zu Sexualneurasthenikern macht. Besonders die Nervenärzte haben diese Beobachtungen gemacht. Griesinger sagt: „Jener Kampf gegen den Trieb, der schon übermächtig geworden, jenes stetige Unterliegen, jener verborgen gehaltene Zwiespalt zwischen Scham, Reue, gutem Vorsatz und zwischen dem gebieterischen Reiz ist nach nicht wenigen Geständnissen von Onanisten unbedingt wichtiger als das somatische Moment“.

Diese sechs Faktoren, welche der Onanie im Vergleich zum natürlichen Koitus ein weit schädlicheres Gepräge geben, sind es teilweise auch mehr oder weniger, die zu funktionellen Störungen bei der Zeugung führen. Gerade der allzufrühe Beginn des Übels in Verbindung mit seiner großen Heftigkeit ist ein Punkt, der leicht zu Spermatorrhöen und damit zu frühzeitiger Ejakulation beim Koitus, damit bisweilen zur Impotenz führt. Andererseits ist der Punkt 6., der seelische Kampf des Masturbanten gegen sein Laster, resp. gegen die Libido ein solcher, der zur psychischen Impotenz führen kann. Kurz, die Masturbation, besonders die sehr frühzeitig begonnene und lang fortgesetzte, ist neben dem Coitus interruptus eins der hauptsächlichsten ätiologischen Momente für die funktionellen Störungen, beim Manne für die krankhaften Samenverluste und die psychische Impotenz, beim Weibe für den Vaginismus und — indirekt — für die Sterilität.

Danach kann man ermessen, wie weit Stekels Ansicht, daß die Onanie nicht nur nicht schade, sondern nur nütze, berechtigt ist!

2. Der Coitus interruptus

ist das Zurückziehen des männlichen Gliedes apud coitum in dem Moment, in dem die Ejakulation beginnt. Zweck desselben ist, die Ejakulation des Spermas zu verhindern resp. außerhalb der Vagina stattfinden zu lassen und damit die Befruchtung zu verhindern. Diese Methode der Kohabitation, auch „Coitus reservatus“ resp. „Fraudieren“ genannt, ist, was seine Häufigkeit anbetrifft, sehr unterschätzt worden, denn gerade in den unteren und mittleren Schichten der Bevölkerung, wo antikonzeptionelle Mittel wenig bekannt, besonders auf dem Lande und in kleinen Städten, wo aber von den Eheleuten weiterer Zuwachs von Kindern nicht erwünscht ist, wird der Coitus interruptus sehr in Anwendung gebracht. Ich habe einmal, um einen ungefähren Anhaltspunkt zu erhalten, wie häufig er in praxi eigentlich sei, im Laufe der Zeit Patienten mit den verschiedensten Leiden, wie sexueller Neurasthenie,

krankhaften Samenergüssen, Impotenz, Protatorrhöe, Pollutionen usw. anamnestisch nach Coitus interruptus gefragt und fand bei 41 (verheirateten wie unverheirateten) Patienten 7, die vorher mehr oder weniger lang Coitus interruptus gepflogen hatten, das wären 17%. Natürlich läßt sich aus einer derartig kleinen Zahl von Patienten noch kein allgemeiner Schluß ziehen. Meines Erachtens ist dieser Prozentsatz eher noch zu niedrig als zu hoch, besonders auf dem Lande. In der Großstadt wird entschieden weit mehr Vorbeugungsverkehr mit Präventivmitteln gepflogen. Der Coitus interruptus ist daher, ebenso wie die Masturbation, eins der verbreitetsten ätiologischen Momente für die Sexualneurasthenie, nur nicht an Zahl so verbreitet wie letztere. Während aber die Masturbation weit mehr bei Unverheirateten sich findet, ist ersterer weit mehr Sitte der Verheirateten. Auch im sog. „Verhältnis", in den Liebesbündnissen wird vielfach Coitus interruptus angewandt. Was für uns aber daraus hervorgeht und wichtig ist, ist, daß die Folgen des Coitus interruptus, weil er meist in der Ehe, also viel später als die Masturbation betrieben wird, auch viel später sich einstellen als bei letzterer, andererseits aber auch wieder viel unangenehmer und schneller in die Erscheinung treten, weil es hier noch weniger als bei der Masturbation zur Auslösung des Sexualspasmus und damit des ganzen Orgasmus wie beim Coitus normalis kommt.

Daß der Coitus interruptus so außerordentlich verbreitet ist, liegt in der Natürlichkeit seiner Anwendung. Die Eheleute glauben, nichts sei einfacher und unschädlicher zur Vermeidung von Nachkommenschaft als diese Kohabitationsmethode. Selbst ein Kollege antwortete einmal Peyer: „Ja, wer tut denn das nicht?!"

Da der Coitus interruptus aber einen Normalkoitus darstellt, der nur ante ejaculationem unterbrochen wird, einen Vorgang also, der, im Gegensatz zur Masturbation, sich normaliter in den Genitalorganen abspielt, und da für gewöhnlich es beim Manne dabei zur Ejakulation kommt, wenn auch mit kurzer Unterbrechung, bei der Frau aber, wie es meist der Fall ist, die Befriedigung, d. h. der Orgasmus nicht herbeigeführt wird, wenn die Potenz des Mannes nicht ausreicht, so muß dieses Kohabitationsverfahren bei beiden Geschlechtern verschiedene Folgen haben, auch für das Nervensystem. Während die Masturbation in der Allgemeinerscheinung für beide Geschlechter mehr oder weniger gleiche oder ähnliche Folgen hat, ist dies beim Coitus interruptus nicht der Fall. Die Folgen sind für beide Geschlechter ganz verschieden.

Wie ich mehrfach, in meinen „Vorlesungen über das gesamte Geschlechtsleben des Menschen", 3. Aufl., Band II, S. 394 ff., besonders aber in Band I vorliegender Zeugungsmonographien, S. 118 ff. gezeigt habe, hat die Natur die Genitalien der beiden Geschlechter derartig

gebaut, daß die geringsten Bewegungen der Genitalien der beiden sexuellen Partner ineinander apud coitum das Wollustgefühl steigern müssen und so bis zum Orgasmus führen, um eben nach Möglichkeit eine Befruchtung, eine Zeugung zu garantieren. Ich habe loc. cit. S. 119 gesagt: „Durch das fortwährende Hin- und Herbewegen des Penis in der Vagina summieren sich all die bisher geschilderten Reize bei beiden Geschlechtern und lösen reflektorisch zuletzt durch Summierung den Moment des höchsten geschlechtlichen Wollustgefühls, den Orgasmus aus, beim Manne unter kontraktorischen Zusammenziehungen der Beckenmuskulatur mit der Ausstoßung des Spermas, der Ejakulation, beim Weibe unter Kontraktionen des Uterus und Cervix mit der Ausstoßung des Kristellerschen Schleimstranges aus dem Uterus, bei beiden unter mehr oder weniger heftigen Erregungen des gesamten Nervensystems, unter Schluchzen und Erschütterung des ganzen Körpers".

Nun vergegenwärtige man sich einmal diesen Zustand höchster Erregung ante ejaculationem. Die Samenblasenmuskulatur hat begonnen, durch Kontraktionen das in den Samenblasen aufgespeicherte Sperma auszustoßen. Schon beim Beginn des Koitus haben die kleinen, in der Harnröhre liegenden Littréschen und Cooperschen Drüsen begonnen, ein reflektorisches Reizungssekret zu liefern, hervorgerufen durch die sexuellen Erregungen, welche zum Hirn und von hier aus durch Nervenvermittelung zum Genitale und zu den Urethraldrüsen gehen, die von mir („Berliner Klinik", Nr. 247) sog. „Urethrorrhöea libidinosa", welche nicht allein die durch den sauren Urin vielleicht sauer reagierende Oberfläche der Urethra für die Spermatozoen neutralisieren soll, sondern welche m. E. den Zweck hat, die feinsten Nervenendigungen in der Harnröhre mit zu erregen und so zur Hebung des Wollustgefühls bei der Ejakulation, zum Orgasmus mitzuwirken.

Durch all diese Momente, die Reibungen des Penis, besonders der Glans penis mit ihren feinsten Nervenendigungen an den Vaginalkämmen der Frau, durch die „Urethrorrhöa libidinosa", durch die äußerlich mitwirkenden Momente zur sexuellen Erregung, die wollüstige Betastung des weiblichen Körpers, durch Küsse, Liebkosungen und all die erregenden Momente, wird der Mann bis zum Gipfel sexueller Erregung gereizt. In diesem Moment höchster geschlechtlicher Verzückung, wie ich den Zustand nennen möchte, der all sein ganzes Sein in Beschlag nimmt, dem er sich hingeben möchte, muß er seine ganze Aufmerksamkeit auf das Moment konzentrieren, wo die reflektorische Zusammenziehung der Beckenmuskulatur, der Orgasmus beginnt, d. h. auf die Auslösung des Sexualspasmus, auf das Moment, wo physisch und psychisch die Sexualnerven auf das äußerste gespannt sind usque ad summam irritationem, wo das Sperma bis zu den Ductus ejaculatorii gewandert ist und die sexuelle Erregung verstärkend mitgewirkt hat.

In diesem Moment des beginnenden Kitzels, des beginnenden Orgasmus, des gewaltsamen Hindurchtreibens des Spermas durch die engen Orificia der ductus ejaculatorii, aber auch noch vor dem Austritt desselben, muß der Mann das Glied hinwegziehen und damit die gesamte Auslösung des Sexualspasmus, wenn auch nur für kurze Zeit, unterbrechen.

Was aber wird durch diese Unterbrechung bewerkstelligt?

Alexander Peyer hat in seiner Broschüre: „Der unvollständige Beischlaf", Stuttgart 1890, die beste Erklärung dafür gegeben. Er sagt: „Durch die Ejakulation und die dieselbe bedingende Kontraktion der Genitalmuskeln wird nun der in seinen erektilen Gebilden und kavernösen Räumen mit Blut überfüllte Genitalschlauch von Blut entlastet und zugleich das Erektionszentrum mit dem Ejakulationszentrum funktionell außer Tätigkeit gesetzt. Die Reaktion ist eine vollständige Erschlaffung der Genitalorgane, welche ein behagliches Gefühl der Befriedigung zur Folge hat. Je kräftiger nun die Ejakulation erfolgt, d. h. je energischer die Kontraktion der Genitalmuskeln stattfindet und je vollkommener infolgedessen die Depletion des blutüberfüllten Genitalschlauches ist, umso behaglicher und wohler fühlt sich der Betreffende. Gerade aber diese Bedingung fehlt nun beim Coitus reservatus." . . .

„Sobald nämlich die Kontraktion der Prostatamuskeln eintritt und damit das erste Wollustgefühl sich einstellt, wird beim unvollständigen Beischlaf die naturgemäße Energie des Geschlechtsaktes künstlich unterbrochen. Die Funktionen werden gewöhnlich seltener und nicht mehr mit der gleichen Energie ausgeführt. Die Aufmerksamkeit des Betreffenden ist aufs höchste gespannt bis zum Augenblick, wo die Ejakulation eintreten will. Letztere wird durch Willenseinfluß solange als möglich hinausgeschoben und dann erfolgt das gänzliche Zurückschieben mit einem mehr oder minder starken Aufwande von körperlicher und geistiger Energie."

„Das Resultat davon ist, daß die Ejaculatio seminis hinausgeschoben wird, daß sie nicht mehr so energisch erfolgt wie beim natürlichen Koitus. Das Sperma wird nicht mehr herausgeschleudert, sondern ‚schleicht nur so heraus', denn die Kontraktur der Prostatamuskeln und der Mm. bulbo- und ischiocavernosi ist nicht mehr eine natürliche, ungestüme und energische, sondern eine durch den Willenseinfluß modifizierte und abgeschwächte. Dadurch wird aber auch der in seinen erektilen Gebilden und kavernösen Räumen mit Blut überfüllte Genitalschlauch nicht gehörig und vollkommen vom Blut entlastet, wie er es beim natürlichen Koitus wird, sondern die Hyperämie bleibt dabei selbst unbestimmte Zeit lang fortbestehen und gibt den Anstoß zu funktionellen und auch geweblichen folgenschweren Veränderungen, die sich in den schon beschriebenen Folgen äußern. Daß gerade diese

mehr oder minder gründliche Entlastung der erektilen Gebilde und kavernösen Räume von der bestehenden Blutüberfüllung eine so wichtige Rolle spielt, können wir an einer Anzahl anderer sexueller Vorgänge beobachten."

Nach Peyer schafft der Coitus interruptus einen „chronischen Irritations- und Erschlaffungszustand der Pars prostatica urethrae, der einzig und allein auf der unvollkommenen Lösung der Erektion, d. h. auf der unvollständigen Entleerung des blutüberfüllten Genitalschlauches beruht."

Nur wird durch diese unvollständige Entlastung des blutstrotzenden Genitalschlauches nicht allein das Genitale selbst geschädigt, sondern diese chronischen Irritationszustände werden zum Hirn und Lendenmark geleitet und so im Laufe der Zeit durch ständige Wiederholung des Coitus interruptus der Boden für die Sexualneurasthenie gegeben, und zwar für eine Sexualneurasthenie, die meines Erachtens noch heftiger ist als bei der Masturbation, weil bei letzterer eine wenn auch unvollständige, so doch eine weit stärkere Auslösung des Orgasmus eintritt als beim Coitus interruptus. Krafft-Ebing hat nur zu gut beobachtet, wenn er meint („Über Neurasthenia sexualis beim Manne", Wiener mediz. Presse 1887, 5 u. 6), daß meist krankhafte Veränderungen der Genitalorgane der Ausgangspunkt der Funktionsstörungen sind, die sekundär zu funktionellen Mitaffektionen des Zentrums im Lendenmark führen. Diese Mitaffektionen der Genitalzentren im Hirn und Lendenmark führen zu allgemeiner Neurasthenie. Als eins der wichtigsten Symptome derselben müssen die Angstneurosen angesprochen werden.

Merkwürdigerweise meint Löwenfeld, daß der Coitus interruptus nie schädliche Folgen haben kann, wenn das Lendenmark normal und widerstandsfähig sei, hingegen wenn die das Centrum genito-spinale umgebenden Markpartien im Zustand reizbarer Schwäche seien, komme es zu Folgen. Ich kann diese Ansicht nicht teilen, glaube vielmehr im Gegenteil, daß Coitus interruptus mehr oder weniger Folgen nach sich zieht, nur individuell natürlich ungeheuer verschieden, je nach der Widerstandsfähigkeit, daß aber ein Coitus interruptus auf die längere Dauer von schädlichen Folgen begleitet sein muß, auch wenn das „Lendenmark völlig normal und widerstandsfähig" ist, denn eben durch die ständig schädigenden Momente des Coitus interruptus gelangt das Lendenmark in einen Zustand reizbarer Schwäche und damit treten die Folgen ein. Ich habe selbst hin und wieder einen Patienten gehabt, der scheinbar trotz jahre- und selbst jahrzehntelanger Ausübung des Coitus interruptus gesund blieb. Jedoch war dies nur scheinbar, mehr oder weniger stellte sich doch eine der unten bezeichneten Folgen ein. Es ist durchaus nicht nötig, wie Ferdy meint, daß zur Ent-

wickelung der Neurosen nach Coitus interruptus noch ein prädisponierendes Moment wie frühere langjährige Masturbation hinzukomme.

Allerdings ist bei der Verbreitung der Masturbation von durchschnittlich 90% beim Menschengeschlecht dieser Faktor eben selten auszuschließen. Er wirkt meist prädisponierend mit. Aber auch ohne Masturbation ist allein durch den Coitus interruptus eine derartige Schädigung des Lendenmarkes nicht nur möglich, sondern bisweilen auch eintretend. Ferdy war ja auch Nichtarzt und als solcher nur Theoretiker, der allein aus Büchern seine Meinung in medizinischen Dingen sich aufbaute. Auf die einzelnen Folgeerscheinungen des Coitus interruptus gehe ich hier nicht ein. Ich habe dies in meinen „Vorlesungen über das gesamte Sexualleben" getan. Nur soweit es für das Gebiet der Funktionsstörungen der Zeugung notwendig ist, muß ich es tun. Der Coitus interruptus ist ätiologisch hier besonders für die Tagespollutionen, also die bei schlaffem Gliede eintretenden, verantwortlich zu machen, die in krankhafte Samenergüsse, dann in präzipitierte Ejakulationen ante coitum und in Impotentia erigendi übergehen können. Für diese vier Gruppen von sexuellen Funktionsstörungen ist der Coitus interruptus mit verantwortlich zu machen und natürlich für die damit verbundene allgemeine Sexualneurasthenie.

Hiermit ist die ätiologische Wichtigkeit des Coitus interruptus für die sexuellen Funktionsstörungen gegeben.

Noch eines Zustandes muß ich hier gedenken, der, obwohl er außerordentlich selten, dann aber desto schlimmere Wirkung für unsere Leiden hat, der sogenannten

3. Masturbatio interrupta,

eines Vorganges, der bisher nur von mir klinisch und pathologisch beobachtet und beschrieben worden ist in der „Zeitschrift für Sexualwissenschaft" 1908, Heft VIII.

Als Masturbatio interrupta bezeichne ich jenen Zustand, „bei welchem unabsichtlich resp. selbst beabsichtigt der Akt der Selbstbefleckung ante ejaculationem unterbrochen wird, bei dem also eventuell absichtlich eine Ausspritzung des Spermas verhütet werden soll, ein Zustand, der — scheinbar wenigstens —, ein Pendant zum Coitus interruptus darstellt" (loc. cit.). Bei der gewöhnlichen Masturbatio ist die Hervorrufung des Orgasmus usque ad summam voluptatem i. e. normaliter usque ad ejaculationem spermatis beim Mann der gewünschte und meist auch erreichte Zweck. Bei der Masturbatio interrupta kommt es nicht zur Ejakulation, nicht zum Orgasmus.

„Dieser Akt ist kein striktes Analogon zum Coitus interruptus, denn bei letzterem kommt es zum Orgasmus, wenn auch nicht Orgasmus completus seu normalis wie apud coitum, so doch zur Ejakulation, oder wenigstens meist. Bei der Masturbatio interrupta im gewöhnlichen Sinne kommt es nicht dazu. Es ist eine mechanisch ante portam unterbrochene Selbstbefleckung, ohne Befriedigung, ohne Orgasmus" (loc. cit.). „Es gibt jedoch eine Erscheinungsform von Masturbation, die ich Masturbatio incompleta genannt, welche sich dadurch auszeichnet, daß bei ihr ante ejaculationem und, wie es scheint, kurz vorher, plötzlich — durch pathologischen Impuls hervorgerufen — die Reizung des Genitale unterbrochen wird, weil — das ist charakteristisch — **gleichzeitig** in diesem Moment vollständige sexuelle Befriedigung empfunden wird (loc. cit.). Das Wesen der Masturbatio incompleta besteht also darin, daß der Orgasmus zu früh eintritt, es ist gleichsam eine Masturbatio cum orgasmo praecipitato. Diese Form ist eine äußerst seltene und, was für uns wichtig, wie es scheint, meist mit Coitus interruptus vereint. Wenigstens wurde in den drei von mir beobachteten Fällen zweimal Coitus interruptus, wenn auch nicht besonders lang, betrieben. Das Charakteristische dieser Form ist, daß die Masturbanten vor dem Ende des Aktes einen Kitzel in der Harnröhre verspüren, das Befriedigungsgefühl wie sonst eintritt, aber vor der Ausspritzung des Samens, also noch vor der reflektorischen Ejakulation, so daß die Masturbanten völlig befriedigt aufhören, genau so wie bei der Masturbation mit Ausspritzung des Samens. Die Patienten freuen sich — sehr mit Unrecht — des Zustandes, weil sie die Selbstbefriedigung nicht mehr bis zum äußersten, bis zur Ausspritzung des Spermas zu treiben brauchen. Trotz des Fehlens der letzteren kommt es zum völligen Orgasmus. Es fragt sich nun, gibt es eine Auslösung des Orgasmus, und sei es eines pathologischen Orgasmus, ohne Ejakulation? Ja. Die erhöhte geistige und besonders körperliche Reizung im Laufe jahre- resp. jahrzehntelanger Masturbation schafft ein chronisches Irritationsstadium der Harnröhrenschleimhaut, der darin eingebetteten Drüsen und ihrer nervösen Apparate und infolge desselben, der krankhaften Schwäche der nervösen Endapparate kommt es zu einem verfrühten Orgasmus. Derselbe ist weiter nichts als eine pathologisch verfrühte Auslösung des Wollustgefühls auf Grund einer durch langjährige onanistische- und Coitus interruptusmachinationen hervorgerufenen reizbaren Schwäche. Ob bei der Frau ein solcher Zustand vorkommt, weiß ich nicht. Mir ist es unbekannt und da das ganze Gebiet von der Sexualforschung (außer von mir) überhaupt noch

nicht in Angriff genommen worden ist, liegen von anderer Seite keine Berichte darüber vor. Man hatte bis zu meiner Veröffentlichung von diesem Zustande noch keine Ahnung. Es scheint aber dieser Zustand beim weiblichen Geschlecht noch viel seltener vorzukommen als beim männlichen. Dies wäre erklärlich aus der physiologischen Tatsache, daß der Orgasmus hier später einsetzt. Möglich wäre aber eine Masturbatio incompleta auch beim Weibe, weil man auch hier chronische Entzündung der Vaginalschleimhaut und selbst des Cervix beobachtet infolge von Masturbation, also gleichsam einen chronischen Irritationszustand der Schleimhäute. Wahrscheinlich wirkt dieses Sekret der Cervicaldrüsen (das ja physiologisch den Zweck hat, durch seine Alkalizität die Bewegungsfähigkeit der Spermatozoen zu erhöhen) ebenfalls sexuell erregend und den Orgasmus fördernd. Infolge einer chronischen Erregung durch masturbatorische Akte wäre es nun auch hier leicht denkbar, daß es zur Auslösung des Orgasmus käme, noch bevor der „Kristeller" ausgestoßen wird resp. der Uterusreflex eingetreten ist, also daß es vorher, vor Beendigung der Masturbation, zur Auslösung des Wollustgefühls käme.

Die Masturbatio interrupta müßte also bei der Frau für die Funktionsstörungen der Zeugung sehr hohe Bedeutung haben, da keine Ausstoßung des Kristeller stattfindet. Damit würde aber wohl auch die Befruchtungsmöglichkeit erschwert werden und die Sterilität der Frau, wenn auch nicht direkt hervorgerufen, so doch stark begünstigt werden. Die Masturbatio interrupta i. e. die Masturbatio cum orgasmo praecipitato involuntario sine ejaculatione müßte als Funktionsstörung der Zeugung beim Weibe betrachtet werden.

A priori sollte man schließen, daß es auch einen Coitus interruptus ohne Ejakulation, jedoch mit Auslösung des Orgasmus gibt, denn ein unterbrochener Beischlaf stellt beinahe nichts weiter dar als eine Art von Masturbation (loc. cit.).

„Unwillkürlich lenkt der Vorgang der Masturbatio incompleta zum Vergleich mit dem Coitus interruptus. Rein äußerlich betrachtet, scheinen beide Vorgänge dieselben zu sein, der eine auf künstlichem, der andere auf natürlichem Wege erzeugt. Das ist aber nicht so ohne weiteres zu behaupten. Wohl kann man jene Fälle von Masturbatio interrupta, kurz ante ejaculationem, vergleichen jenen Formen von Coitus interruptus, wo ebenfalls ante ejaculationem eine Extractio penis e vagina stattfindet und durch Ablenkung es nicht zum Ablauf des Sexualreflexes, zur Ausspritzung des Spermas kommt, sondern durch Vorstellung irgendwelcher Hemmungsmomente diese Ejakulation noch verhindert wird. Diese Form des Coitus interruptus

findet besonders bei Männern statt, denen nur an einer Befriedigung ihrer weiblichen Partnerin gelegen ist, und die, nachdem es bei derselben zur Auslösung des Sexualreflexes gekommen ist, kühl berechnend nur auf Rückhaltung der Ejakulation bedacht sind. Dieser Coitus interruptus incompletus i. e. sine ejaculatione dürfte aber gegenüber dem Coitus interruptus completus i. e. cum ejaculatione viel seltener sein.

Für gewöhnlich aber will der Mann beim Koitus interruptus nicht die Ejakulation selbst verhindern, sondern nur die Ejakulation in vaginam. Es findet also bei ihm auch Auslösung des Sexualreflexes statt, wenn auch nicht wie beim normalen Koitus in physiologischer Weise, sondern entschieden nur in verzögerter Weise. Hiermit aber ist schon gegeben, daß die Folgen dieser reinen Masturbatio interrupta ähnlich denjenigen sein müssen des Coitus interruptus" (loc. cit. S. 476).

Aber infolge dieser allmählich im Laufe der Zeit sich summierenden Wirkung der Masturbatio interrupta bildet sich durch ungenügenden Rückfluß der Blutstauung eine chronische Entzündung der Pars prostatica urethrae und der diese Gebilde versorgende Nerven aus, die dann den pathologischen Komplex der Masturbatio incompleta, d. h. des vorzeitigen Orgasmus noch vor dem Ende der Masturbation auslöst. Der Zustand ist also ein pathologischer, kein physiologischer. Die Folgen der Masturbatio interrupta werden also ähnliche sein wie die Folgen des Coitus interruptus. Sie werden nur noch verstärkt durch die Folgen der Masturbation überhaupt. Die so seltene Masturbatio interrupta ist daher meines Erachtens für die genitalen Funktionsstörungen von sehr verderblichem Einfluß, da die Folgen der Masturbation wie des Coitus interruptus summiert sich zeigen müssen. Trifft der Arzt ätiologisch auf Masturbatio interrupta, so muß er wissen, daß er einen schweren ätiologischen Faktor für sexuelle Funktionsstörungen vor sich hat.

4. Der Abusus sexualis als ätiologischer Faktor für sexuelle Funktionsstörungen.

Abusus sexualis, der unmäßig gesteigerte sexuelle Verkehr, ist, ebenso wie die Masturbation, von der wissenschaftlichen sexologischen Forschung bisher sehr wenig, fast gar nicht, als Studienobjekt in Angriff genommen worden. Selbst Bloch in seinem „Sexualleben" und Forel in seiner „Sexuellen Frage" haben dies Kapitel keines Studiums für würdig gehalten und ich kenne bis heute noch keine größere resp. umfassendere Darstellung dieses Gebietes als die in meinen „Vorlesungen über das Geschlechtsleben des Menschen", Bd. I, S. 345 bis

383, und doch — wie wichtig ist es. Merkwürdig, daß das menschliche Sexualleben in seinen physiologischen Bahnen resp. in seinem physiologischen Ablauf so wenig Beachtung bei den Sexualforschern findet.

Die schwierigste Frage des Abusus sexualis ist die des Beginns. Wann wird der normale Sexualverkehr zum Abusus sexualis, zum Übermaß? Das ist allgemein überhaupt nicht zu beantworten, weil eine allgemein gültige Grenze zwischen normalem und übermäßigem Geschlechtsverkehr nicht gezogen werden kann und im speziell vorliegenden Falle nur unter Berücksichtigung der Verhältnisse. Es kommen dabei in Frage die gesamte momentane Körperkonstitution, der Ernährungszustand, die Umgebung, Lebensweise, Widerstandsfähigkeit des Patienten, sein Beruf, Alter, Tätigkeit, ganz besonders aber sein Sexualtrieb, die Stärke desselben. Sie ist in der Hauptsache ausschlaggebend für die Beurteilung, ob der Sexualverkehr sich noch in normalen Grenzen hält, oder schon jenseits derselben, im Übermaß bewegt. Wir müssen zur ungefähren Beurteilung Anhaltspunkte haben. Ich habe loc. cit. als Norm folgendes hingestellt. Ein kräftiger, gesunder, geschlechtsreifer Mann und ebenso eine solche Frau mit widerstandsfähiger Konstitution, im besten Zeugungsalter (von ca. 25—45 Lebensjahre), die imstande sind, sich gut zu ernähren und eiweißreiche Kost zu genießen und körperlich nicht allzusehr sich anzustrengen brauchen, können bei normalem mittelstarkem Sexualtrieb pro Woche ein- bis dreimal den Beischlaf ohne Schädigung der Gesundheit vollziehen. Ein zwei- und mehrmals hintereinander ausgeübter Koitus wird auf die Dauer mehr oder weniger Folgen für die Ausübenden haben und Exzesse (wie ich z. B. einmal von einem Studenten hörte, der an einem Tage 14mal den Koitus ausgeübt hatte, bis Konvulsionen sich einstellten) haben jedenfalls schädliche Folgen. Ich habe loc. cit. auch (feuilletonistisch) den Beweis zu erbringen gesucht, daß unsere gesamte moderne Kultur in Kunst und Wissenschaft, im Theater und Variété, besonders in den Groß- und Weltstädten, das sexuelle Moment besonders betont. Unsere Kultur ist bis zu einem gewissen Grade eine sexuelle Kultur, zum mindesten wird das Sexuelle in übermäßiger Weise herangezogen. Ich erinnere nur an die Kabarette, die vom ersten bis zum letzten Stück sexuellen Hintergrund haben. Die Folge davon ist nicht nur eine Überschätzung des Sexuallebens, sondern auch eine übermäßige normale und — perverse sexuelle Betätigung in den Großstädten. Die Prostitution in den letzteren, besonders die geheime, bietet ja hierzu genügend Gelegenheit. Davon wieder als Folge, besonders des zu frühen Sexuallebens noch während der Entwicklung, sehen wir eine hochgradige Nervosität und nicht zuguterletzt besonders starke Verbreitung der Sexualneurasthenie, die ja uns Sexologen so oft entgegentritt. Der erste wissenschaft-

liche Bearbeiter der Neurasthenie und Schöpfer dieses Wortes, Beard, dann Löwenfeld, Eulenburg, in allerjüngster Zeit Flatau u. a. haben in Monographien die sexuellen nervösen Zeichen uns vor Augen geführt. Letzterer Autor macht die Angabe, daß man in mehr als 75% aller Fälle die Diagnose Neurasthenie stellen könne, und selbst in der Allgemeinpraxis in 50% aller Fälle die Neurasthenie mehr oder weniger eine Rolle spiele.

Die übermäßige normale Betätigung des Sexualtriebes vermag nun die verschiedensten Organe des menschlichen Körpers zu affizieren. Ich habe loc. cit. versucht, eine umfassende Darstellung all der Folgen, die sie für den menschlichen Organismus im Gefolge hat oder haben kann, zu geben und daselbst gezeigt, daß sie Neurasthenie, Allgemeinschwächung des menschlichen Körpers, Schädigungen für die geistigen Fähigkeiten, das Hirn, für die Sinnesorgane wie das Auge, Ohr, Geruchssinn, für die Verdauungsorgane, die Zirkulationsorgane und die Genitalien, sowohl organischer wie funktioneller Art im Gefolge haben kann, worauf ich hier nicht eingehe. Hier haben wir nur soweit uns mit den Folgen des Abusus sexualis zu befassen, als sie für die Sexualfunktionen, also für die Zeugung in Betracht kommen und wir müssen zugeben, daß hier der Abusus sexualis keine unwichtige Rolle spielt, wenn er diesbezüglich auch hinter der Masturbation und dem Coitus interruptus zurücktritt. Er hebt sich hier ungünstig ab von seinem Gegenteil, von der Sexualabstinenz, auf die ich noch zu sprechen kommen werde.

Unterscheiden wir hier den übermäßigen Koitus als Ätiologie der sexuellen Funktionsstörungen

a) beim Manne und
b) beim Weibe.

a) Beim Manne

ist das Endprodukt des normalen geschlechtlichen Verkehrs ein Spermaerguß, der als dickes, gelatinöses Sekret mit spezifischem Spermageruch sich darstellt, von Milliarden von Spermatozoen durchsetzt von durchschnittlich einigen Gramm, ca. 2—6 g Menge als Normalquantum. Wird nun diese normale Sekretion gesteigert zum Übermaß, allzuhäufig, so muß die naturgemäße Folge davon sein, daß das Sekret nicht in derselben Quantität und Qualität geliefert wird. Es wird quantitativ wie qualitativ geringer, dünnflüssiger. Die Bestandteile desselben, besonders die Spermatozoen und Prostatakörner, nehmen ab, auch die Böttcherschen Kristalle und mit ihnen der Spermageruch. Je länger der Abusus besteht, desto mehr treten unfertige Elemente anstatt der fertigen im Ejakulat mikroskopisch auf, der Beweis dafür, daß die Produktion des Hodengewebes den Anforderungen, die übermäßiger Verkehr an Qualität und Quan-

tität des Ejakulats stellt, nicht gleichen Schritt hält. Seine Kräfte werden erschöpft, es tritt gleichsam, wie ich in meinem Werkchen: „Die krankhaften Samenverluste, die Impotenz und die Sterilität des Mannes" geschrieben, ein vorübergehender Erschöpfungszustand in der Regenerationsfähigkeit der Keimdrüsen ein, der aber durch zeitweises Ablassen, d. h. durch zeitweise Abstinenz wieder verschwindet. Der übermäßige Anspruch wird wieder ausgeglichen durch erneute, desto stärkere Regenerationsfähigkeit während der Abstinenzzeit. Dieser Erschöpfungszustand äußert sich in einer temporären Oligo- resp. Asthenozoospermie, d. h. mit dem Erscheinen von wenigen und — unreifen Formen von Spermatozoen im Ejakulat. Da aber nun, wie ich Band I vorliegender Zeugungsmonographien, S. 192, gezeigt, nur normale, gesunde Spermatozoen imstande sind, eine Befruchtung einzuleiten, kann man schon daraus schließen, daß der übermäßige Sexualverkehr einen schädlichen Einfluß, eben durch mangelhaftes Zeugungssekret, auf die Zeugung ausüben muß, denn selbst Nekrospermie kann die Folge von hochgradigem Abusus sexualis sein, d. h. ein Zustand, der totale, wenn auch nur vorübergehende Zeugungsunfähigkeit bedingt. Niemals aber kommt es durch übermäßigen Geschlechtsverkehr zur ständigen Azoospermie, zur dauernden Unfruchtbarkeit des Mannes.

Ferner aber ist der übermäßige Sexualverkehr ein wichtiger ätiologischer Faktor der Impotenz, und zwar der nervösen wie der psychischen Impotenz. v. Gyurkovechky hat gemeint, daß Onanie nur Samenfluß, übermäßiger Koitus nur Impotenz im Gefolge habe. Das ist falsch. „Beide Übel können beide Krankheiten, sowohl getrennt, für sich, als auch zusammen im Gefolge haben, also Onanie, übermäßiger Koitus, jahrelang betriebener Coitus interruptus können sowohl Samenfluß, wie Impotenz, als beides herbeiführen." (Rohleder, Vorlesungen über Geschlechtsleben des Menschen", II. Aufl. S. 377.)

Wie der übermäßige Koitus beim Manne nur vorübergehend Sterilität erzeugen kann, so auch

b) beim Weibe.

Hier haben die Frauenärzte besonders Neigung zum Abort und damit zur Sterilität danach beobachtet, und zwar infolge der dadurch erzeugten Endometritis. Im großen und ganzen aber sind die Folgen beim Weibe viel seltener als beim Manne, weil es bedeutend mehr Sexualgenuß verträgt, besonders bei Begehrlichkeit, bei sexuell leichter Erregbarkeit. Andererseits ist es noch eine offene Frage, ob bei kalten weiblichen Naturen der seitens des Mannes geforderte übermäßige Sexualgenuß nicht doch den Boden zur Hysterie ebnet.

5. Die Abstinentia sexualis als ätiologischer Faktor für die sexuellen Funktionsstörungen.

Die Frage der Sexualabstinenz hat in letzter Zeit viel Staub aufgewirbelt, besonders seit Max Marcuse und seine Anhänger dieses Gebiet näher beleuchtet haben. Der Kongreß der „Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Dresden 1911" hatte ja die Frage der Sexualabstinenz auf die Tagesordnung gesetzt und Band XIII der „Zeitschrift zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten" bringt ausführlich die Verhandlungen. Ich selbst habe in meinen „Vorlesungen über das Geschlechtsleben des Menschen", III. Aufl., Band I., 14. Vorlesung, S. 247—270, dann in einem ausführlichen Aufsatz: „Die Abstinentia sexualis" in der Zeitschrift für Sexualwissenschaft 1908, 11, in einem kleineren Aufsatz: „Zur Frage der Gefahren der Sexualabstinenz" in der „Zeitschrift zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten", Band XI, Heft 7, so vielfach nach allen Seiten dieses Thema erörtert, daß ich hier nicht näher darauf einzugehen brauche. Hier kommt für uns nur in Betracht die Frage: „Kann die Sexualabstinenz als ätiologischer Faktor für die Funktionsstörungen der Zeugung beim Menschen, beim Manne wie bei der Frau, in Betracht kommen?" Um dies gleich von vornherein zu beantworten: Nach meinem Dafürhalten **nicht**, weder für die krankhaften Samenverluste und Impotenz oder gar Sterilität des Mannes, noch für den Vaginismus, und die Dyspareunie, oder für die Sterilität der Frau (wobei ich natürlich selbstverständlich bei der Sterilität des Mannes wie Weibes die Abstinenz nur als ätiologischen Faktor für [organische wie nervöse] Sterilität im Auge habe, denn, daß eine Abstinenz, d. h. eine Enthaltung von sexuellem Verkehr, für diese Zeit naturgemäß Sterilität zur Folge haben muß, brauche ich nicht weiter auseinanderzusetzen). Hingegen dürfte die Abstinenz Bedeutung haben

1. für die vermehrten Pollutionen des Mannes und
2. für die Hysterie des Weibes

und vermittelst dieser beiden **indirekt** zu den vorübergehenden Funktionsstörungen der Zeugung beitragen.

Auch hier hängt viel von der Definition des Wortes „Abstinenz" ab, ob man unter solcher „Abstinenz von jeglicher sexueller Betätigung oder nur vom normalen Geschlechtsverkehr, nicht auch von Onanie verstehen will". Für mich ist Abstinenz: Enthaltung **jeglicher** sexueller Betätigung, sowohl von normaler, als homosexueller, als perverser heterosexueller, als auch von Mastubration und von jeglichem geistigen Durchleben sexueller Affekte. Ich stehe auf dem Standpunkte, daß eine solche sexuelle Total-, d. h. Dauerabstinenz nicht existiert und nicht existieren kann, wenn anders nicht

eine totale Anaphrodisie oder ganz außerordentliche Herabsetzung der Libido vorliegt, dann aber ist der Begriff der Abstinentia sexualis ein falscher. Eine solche ständige Totalabstinenz fürs ganze Leben ist m. E. eine Unmöglichkeit, ein Unding. Es gibt also nur eine temporäre oder partielle oder relative Abstinenz oder wie man sie auch bezeichnen möge. Auch eine solche Temporärabstinenz ist nicht allgemein zu fixieren, sondern individuell ganz verschieden, sich richtend nach der verschiedenen Stärke der Libido. Daher ist, wenn wir von Abstinenz reden, eine Angabe der Stärke der Libido unbedingt erforderlich und auch diese schwankt individuell in ganz verschiedenen Graden. Ich habe schon angegebenen Ortes gezeigt, daß die Abstinenz keinen dauernden Schaden stiftet, sondern nur vorübergehenden. Die Frage könnte also nur lauten: „Bringt die Temporärabstinenz vorübergehenden Schaden für die Funktionsstörungen der Zeugung?" Allerdings muß ich hier zugeben, daß ein Teil der Patienten, die an Genitalstörungen leidet, ca. 5—10% die Abstinenz als Ätiologie angibt. Aber schon die von mir aufgeworfene Frage: „Was bezeichnen Sie als Abstinenz?" ergab, daß die Patienten mehrfach allein Enthaltsamkeit vom Koitus als solche bezeichneten. Masturbation war ihrer Meinung nach keine Sexualbetätigung. Dann aber erhielt ich vielfach sehr widersprechende Antworten, daß dadurch schon allein mein Glaube an dieselbe sehr erschüttert wurde. So konsultierte mich einmal ein Patient von 38 (!) Jahren, der trotz starken Geschlechtstriebes bis zum 35. Lebensjahre völlig abstinent gelebt und nie masturbiert haben will, dabei aber viel an nächtlichen Erektionen und Pollutionen gelitten habe. Nun wolle er heiraten und er merke seit den 3 Jahren, wo er Verkehr habe, daß er impotent sei durch die früher bis zum 35. Lebensjahre geübte Totalabstinenz. Meine erste Frage: „Woher wissen Sie dann, daß Sie bis zum 35. Jahre potent waren?" brachten ihn in die Enge und bald gestand er, sehr stark masturbiert zu haben, bis jetzt und auch früher hin und wieder Kohabitationsversuche gemacht zu haben, nur seltener als ersteres. Seine Impotenz war eine relative, präzipitierte Ejakulationen infolge von Masturbation. Solche und ähnliche Beispiele haben mir stets bewiesen, daß man mit der Diagnose „temporäre Impotenz" infolge der Abstinenz schon sehr vorsichtig sein muß, daß man die Diagnose dauernde Impotenz infolge von Abstinenz überhaupt nicht stellen darf. Die dauernde Impotenz hat ganz andere Ursachen, sie ist nach meinen Erfahrungen nie, aber auch niemals durch Abstinenz bedingt! (Rohleder, Die Abstinentia sexualis, Zeitschrift für Sexualwissenschaft 1908, S. 637/638.)

Wohl aber führt Sexualabstinenz naturgemäß zu vermehrten physiologischen Pollutionen, d. h. solchen im Schlaf.

aber nicht zu Pollutionen im wachen Zustande, die krankhaft und oft nur die Vorboten der krankhaften Samenergüsse darstellen. Aber auch die im Schlaf erfolgenden Pollutionen können krankhaft werden, wenn sie zu oft erfolgen. Diese Pollutiones nimiae sind noch ein vielfach umstrittenes Kapitel, weil sie den Übergang von normalen zu krankhaften Pollutionen bilden können (nicht müssen). Sie werden pathologisch, wenn sie in jeder Nacht einmal oder gar pro Nacht mehrere Male eintreten, und wenn dieser Zustand länger andauert. Gewöhnlich geht damit eine allmähliche Erschlaffung, ein Schwinden der Erektionskraft einher. Aber wohlgemerkt, eine Pollution einige Nächte hintereinander oder selbst zweimalige Pollutionen pro noctu mehrere Male hintereinander sind, wie ich entgegen Nyström feststellen möchte, bei temporärer Abstinenz durchaus noch nicht als krankhaft anzusehen, sondern ein physiologischer Ausgleich dieses Zustandes deficiente coitu. Sie bilden also durchaus nicht einen Übergang zur pathologischen Pollution und damit eine Vorbedingung für die Funktionsstörungen der Zeugung. Wohl aber kann, und das ist wichtig, beim weiblichen Geschlecht die temporäre Sexualabstinenz, und zwar die länger dauernde, zur Hysterie führen und hierdurch den Boden für sexuelle Funktionsstörungen geben. Was aber ist „länger dauernde Abstinenz"? Auch hier fehlen nähere Angaben. Sie richtet sich in der Hauptsache ebenfalls nach dem Geschlechtstrieb. Um nun einen ungefähren Anhaltspunkt zu geben, erachte ich bei mittlerer Triebstärke, die ca. einmal bis zweimal pro Woche nach sexueller Vereinigung treibt, temporäre Abstinenz beginnend bei Nichtbetätigung sexueller Art nach einem Zeitraum von ca. 4 Wochen. Natürlich eine sehr vage Bestimmung. Eine solche kurzdauernde führt natürlich nicht zur Hysterie. Nun ist aber die länger, Monate und Jahre andauernde Sexualabstinenz bei Frauen relativ, nicht absolut selten. Kommt aber eine solche, also wohlgemerkt, auch Enthaltung von Onanie und jeglicher sexueller Betätigung beim Weibe vor, besonders beim Weibe, das vorher Sexualgenuß gehabt hat, so kann sie zu hysterischen und hystero-neurasthenischen Erscheinungen führen, die aber, und das ist wichtig, nur vorübergehender Natur sind, die bei Aufnahme des Sexualgenusses wieder verschwinden. Damit ist gesagt, daß auch für die sexuellen Funktionsstörungen sowohl des Mannes wie Weibes die Sexualabstinenz nur vorübergehende, bei späterer Kohabitation sehr bald verschwindende Folgen zeitigt, nie dauernde. Es sind dies hauptsächlich sexualneurasthenische Beschwerden der verschiedensten Art, insbesondere Tagespollutionen, Ejaculationes praecoces, bei Frauen Hysterie, Hysteroepilepsie.

Alle diese ätiologischen Faktoren, Masturbation, Coitus interruptus, Abusus sexualis und — in geringem Maße, nur vorübergehend, auch die Sexualabstinenz, führen zu genitalen Funktionsstörungen nur, oder fast nur vermittelst der sogen.

6. Sexuellen Neurasthenie.

Mit anderen Worten: Die Funktionsstörungen der Genitalien (abgesehen von der Sterilität) erscheinen fast immer als Symptom der Sexualneurasthenie, als Sexualneurosen. Die krankhaften Samenverluste, die Impotenz des Mannes, der Vaginismus der Frau, bisweilen aber auch die Dyspareunie und die Hysterie sind nur Symptome jenes Krankheitsbildes, jener großen Gruppe einzelner krankhafter Symptome, die wir nach Beard unter dem Namen der Neurasthenie und, da sie Erscheinungen der Sexualorgane sind, der Sexualneurasthenie bezeichnen. Daraus ergibt sich die Wichtigkeit und die Notwendigkeit einer näheren Beleuchtung dieser Erkrankung für unser Gebiet.

Die Neurasthenie und speziell die Sexualneurasthenie ist ein Zeichen unserer Zeit, und zwar besonders unserer Jetztkultur. Die moderne Kultur mit ihren vielfach auf das Sexuelle hinzielenden Bestrebungen, in der Kunst, im Theater, Variété ist, wie schon gesagt, vielfach nur eine Sexualkultur. Leider muß man zugeben, daß Zivilisation und Sexualkultur eng miteinander verbundene Begriffe sind, der eine den anderen nicht ganz ausschalten kann. Besonders das Großstadt- und Weltstadtleben unserer Zeit mit seiner die Libido auf Schritt und Tritt anregenden und zum Sexualgenuß direkt anreizenden Gefahr führt zu erhöhter sexueller Betätigung und damit mehrfach auch zu einer Überbetätigung, damit wieder zur Sexualneurasthenie. Die Sexualneurasthenie in ihrer heutigen Form ist in der Hauptsache ein Produkt unserer heutigen Kultur, der letzten Jahrzehnte. Sie ist die Rückwirkung moderner sexueller Ausschweifungen und übermäßigen normalen, abnormen und perversen Sexualgenusses. Daher sind m. E. auch die krankhaften Samenergüsse und die Impotenz in einer, wenn auch nicht zahlengemäß zu beweisenden Zunahme begriffen, wie auch Lissmann (priv. Mitteil.) meint. Schon der physiologische Koitus stellt eine das gesamte Nervensystem mächtig ergreifende Aufregung dar, die an den Nervenverbrauch, besonders der Zentralorgane, gewaltige Anforderungen stellt. Man vergegenwärtige sich nur, in welch innigem Konnex Zentralnervensystem und Geschlechtsorgane stehen. Die sexuelle Erregung ante coitum und dann besonders die Auslösung des Sexualspasmus in orgasmo stellt doch eine gewaltige Erschütterung des gesamten menschlichen Nervensystems dar. Es ist

klar, daß durch das allzuviel hierbei resp. durch künstliche, abnorme (und perverse) Erregungsmittel, wie wir sie in der Masturbation durch widernatürliche Mittel, im Coitus interruptus, im Abusus sexualis haben, das Nervensystem im Gehirn und Rückenmark allmählich in einen Zustand dauernder Reizbarkeit und Überreiztheit, gelangen muß, d. h. es tritt die sogen. und so gefürchtete „Nervenschwäche, Neurasthenie" ein, die nichts weiter darstellt als eine „funktionelle" Störung der Nervensubstanz, der Nervenzentren und -ganglien, eine krankhafte Erregung und Erschöpfung, die wir mit den heutigen Hilfsmitteln allerdings noch nicht pathologisch-anatomisch nachweisen können, sondern nur funktionell symptomatisch.

Die Sexualneurasthenie ist in einer großen Reihe moderner Werke der letzten Jahrzehnte nach allen nur denkbaren Richtungen hin bearbeitet worden. Man erlasse mir, hier näher darauf einzugehen. Nur soweit sie für die funktionellen Störungen der Zeugung in Betracht kommt, möchte ich dies tun.

Beard, der amerikanische Neurolog, der diese Erkrankung zuerst gründlich studierte und ihr obigen Namen gab, meinte damals, daß sie vorwiegend eine „amerikanische" sei. Leider ist sie auch eine „europäische". Nur mag sie bei dem scharfen Konkurrenzkampf ums Dasein in Amerika, wo alles nur auf das make money gerichtet ist, relativ noch häufiger sein als bei uns und daher mochte sie wohl auch in Amerika mehr in die Erscheinung treten als auf dem Kontinent. Aber auch in Nord- und Südafrika, im fernen Osten Asiens, wie Japan, überall, wo Kultur, finden wir sie, nur nicht so häufig wie bei uns. Am stärksten aber dürfte sie in den Zentren höchster Kultur und, damit verbunden, höchsten Lebensgenusses zu finden sein.

In meinen „Vorlesungen über das Geschlechtsleben des Menschen", III. Aufl., Bd. 2, S. 353, habe ich die „sexuelle" Neurasthenie als jene Form der Neurasthenie definiert, bei welcher fast stets (wenn nicht ausschließlich) die vorhandenen nervösen Symptome das gesamte Gebiet der Genitalnerven betreffen, wo der Genitalnervenapparat übermäßig gereizt ist (meist erstes Stadium der sexuellen Neurose), oder wo die Genitalnerven stark geschwächt sind (zweites Stadium der Erschöpfung). Das erste Stadium bedeutet für die Funktionsstörung der Zeugung oft den Beginn der Impotenz, sich zeigend in zu frühzeitigen Ejakulationen beim Koitus und in Spermatorrhöen. Das letzte Stadium zeigt die eingetretene Impotentia erigendi, die sexuelle Unlust, die Abnahme der Libido und bisweilen auch den Aspermatismus. Natürlich kommt es beim größten Teil der sexuellen Neurasthenie nicht bis zu diesen Stadien. v. Krafft-Ebing hat (Wiener mediz. Presse 1887, 5—7) eine Darstellung der einzelnen

Stadien der sexuellen Neurasthenie gegeben. Nach diesem Forscher zeigt dieselbe, die er mit Recht als eine Unterabteilung der Neurasthenia visceralis bezeichnet, folgende drei Stadien:

1. Das Stadium der genitolokalen Neurose, bestehend in gehäuften nächtlichen Pollutionen und verfrühten Ejakulationen apud coitum.

2. Das Stadium der Lendenmarkneurose (Neuralgien des Plexus lumbo-sacralis, Pollutiones nimiae, allmählich in Tagespollutionen übergehend, Potenzabnahme).

3. Stadium der allgemeinen Neurasthenie (Cerebrospinale Symptome, interne Neuralgien, wie Gastralgien, Cardialgien, Spermatorrhöen, Aspermatismus usw.). Natürlich verlaufen nur die wenigsten Fälle nach diesem Schema, sondern die einzelnen Symptome wechseln im bunten kaleidoskopischen Bilde. Spricht doch auch Beard von einer „very frequent clinical variety of neurasthenia, to which the term ‚sexual neurasthenia‘ may properly and conveniently be applied“.

Es muß dabei immer und immer wieder, wie ich schon sagte, darauf hingewiesen werden, daß die sexuelle Neurasthenie nur eine Teilerscheinung der allgemeinen Neurasthenie ist. Es gibt keine isolierte Sexualneurasthenie, keine Neurasthenie der einzelnen Organe wie der Sexualorgane. „Neurasthenisch ist stets das ganze Individuum“, sagt Georg Flatau in seiner „Sexuellen Neurasthenie“, S. 44. Daher sehen wir auch bei sexueller Neurasthenie allgemeine neurasthenische Symptome mehr oder weniger mit nebenherlaufen. In dieser Diagnose stimmen die meisten anderen Autoren wie Eulenburg, Löwenfeld, Flatau, Trömner mehr oder weniger überein. Nach ersterem ist sexuelle Neurasthenie derjenige Zustand, bei dem die Symptome der reizbaren Schwäche, die exzessive Erregbarkeit und leichte Erschöpfbarkeit im Bereiche der Genitalnerven und im Zusammenhang mit den Erscheinungen des Sexuallebens primär resp. besonders ausgeprägt hervortreten. Es gibt nun eine Menge sexualneurasthenischer Erscheinungen, die absolut nichts mit den Funktionsstörungen der Zeugung zu tun haben, wie die Parästhesien im Gebiet der Sexualnerven, die Sensibilitätsstörungen daselbst, die Neuralgien ante, apud et post coitum in den Hoden usw. Andere sind wiederum bisweilen der Vorläufer oder wenigstens ein Frühstadium der Funktionsstörungen der Zeugung, bisher den meisten Ärzten nur unbekannt. So ist z. B. die Schmerzhaftigkeit, die hochgradige sexualneurasthenische Patienten beim Orgasmus, besonders im Moment des Durchtritts des Spermas durch die Harnröhre empfinden und die mit der Reizbarkeit und Entzündung des Colliculus seminalis zusammenhängen, bisweilen, bei weitem nicht immer, ein Frühsymptom der Impotenz. Besonders beim erzwungenen Coitus, dem pflichtgemäß gewährten in Konvenienzehen wird über dieses Symptom geklagt. Es scheint durch übermäßige Inanspruchnahme

der geistigen Zentren, der Phantasie bei mangelnder sexueller Reizung eine Überreizung der regulatorischen Empfindungszentren im Großhirn oder Rückenmark und hiermit der von hier ausgehenden zentrifugalen Nervenendigungen im Gebilde des Colliculus seminalis zustande zu kommen, die zu schmerzhaften Expulsionen des Spermas treibt. Es kann aber auch rein mechanisch durch Entzündung und Schwellung der Schleimhäute (Gon. urethrae posterior, Masturbation usw.) dieses Symptom ausgelöst werden.

Die Sexualneurasthenie zeigt sich, außer oben angeführten direkten Schädigungen für die sexuellen Funktionsstörungen, wie vermehrten Pollutionen, verfrühten Ejakulationen apud coitum, Spermatorrhöen, direkt ausgesprochener Impotenz, Aspermatismus usw., besonders durch cerebrasthenische und myelasthenische Symptome, was ja leicht erklärlich ist, wenn wir den ganzen physiologischen Ablauf der sexuellen Erregungen, Anschwellung und Abschwellung durch Erektion, Kohabitation und Ejakulation bedenken. Wie durch die Libido erst das Zentrum des Geschlechtssinnes erregt wird, von hier aus diese Erregung zum Lendenmark, zum Erektionszentrum weitergeleitet wird, zum Reflexzentrum für die Begattungsorgane im unteren Teile des Lendenmarks und von hier aus zu den Sexualorganen, so müssen durch die physiologischen Vorgänge, sei es nun beim Normalverkehr, bei Masturbation oder Coitus interruptus diese Zentralorgane, Gehirn und Rückenmark, stark affiziert werden. Kein Nervensystem, und wäre es auch noch so gesund, vermag bei langer Dauer dieser sexuellen Exzesse ohne irgendwelche Folgen zu widerstehen. Natürlich wird ja nach der verschiedenen Widerstandsfähigkeit und gesamten Veranlagung dieser nervösen Zentralorgane die sexuelle Neurasthenie an Stärke ganz verschieden auftreten müssen. So kenne ich einen Patienten, welcher, ohne betrunken zu sein, in ein Bordell geschleppt wurde, dort übermäßig normal und pervers verkehrte — er hatte nicht weniger denn siebenmal in dieser einen Nacht koitiert —, beim Verlassen des Lokals auf der Treppe zusammenbrach. Die Beine versagten den Dienst, eine akute vorübergehende Lähmung, eine akute Myelasthenie infolge Überreizung des Rückenmarks. Patient mußte in eine Droschke getragen, nach Hause gefahren und dort in seine Wohnung transportiert werden. Einige Tage brauchte das durch so akute sexuelle Überreizung erschöpfte Rückenmark zur Restitutio.

Weit wichtiger sind für die genitalen Funktionsstörungen die Hyper- und Anästhesien der Sexualneurastheniker, die Anomalien sexuellen Empfindens, die als Ermüdungen beim Sexualverkehr, oder als Angst und Furcht vor demselben sich kundgeben. Die psychische Impotenz, die von mir sogen. „Hochzeitsnachtsimpotenz“ redet davon eine beredte Sprache. Ganz besonders ge-

fährlich aber für uns ist das Unlustgefühl zum Koitus als sexuelle Neurose. Eulenburg sagt: („Krankheiten und Ehe", Bd. III, S. 605): „Für den hypersensitiven, willensschwachen Neurastheniker ist oft schon der Entschluß zur Verlobung kaum aufzubringen, das nachhaltige Festbleiben bei der einmal gefaßten (oder mühsam durchgedrückten) Entschließung mit fortwährenden Zweifeln und Kämpfen verbunden — der herkömmlicherweise als glücklichste Zeit des Lebens gepriesene Brautstand somit alles in allem eine gräßliche und oft unerträgliche Episode. Doch dürften schwerere Störungen bis zum Selbstmord aus Unlust zum Koitus bei Sexualneurasthenikern immerhin zu den größten Seltenheiten gehören. Sie beruhen auf einer derartigen Schwächung der zentralen und peripheren Sexualnerven, daß es zu einer psychosexuellen Hyperästhesie, vielleicht auch Dysästhesie als Symptom der sexuellen Neurasthenie gekommen ist, die zu einer sexuellen Unlust, zu Angst- und Furchtempfindungen vor dem Koitus, zuletzt bis zur Kälte und zum völligen Versagen der Libido, wenigstens einer einzelnen oder bestimmten weiblichen Partnerin gegenüber kommt, leider des öfteren der Ehegattin wie in Konvenienzehen." Dieses Symptom neurasthenischer Abschwächung der Potenz führt eben zu Impotenz und damit in der Ehe zur „Nichterfüllung der ehelichen Pflichten", zur Ehescheidung mit all seinen tragischen Folgen. Daß hiermit aber die stärksten Wurzeln und Antriebe zur Onanie, zur Automasturbation gegeben sein sollen, wie Eulenburg meint, möchte ich nicht so ohne weiteres zugeben. Denn für gewöhnlich schafft die sexuelle Neurasthenie nicht geschlechtliche Abneigung und Kälte dem gesamten anderen Geschlecht, sondern nur vereinzelten Frauen gegenüber. Gerade die nervöse, psychische Impotenz ist eine solche, die nicht dem gesamten weiblichen Geschlecht gegenüber besteht. Wenn allerdings die Impotenz zu einer totalen nervösen zu allen weiblichen Individuen fortgeschritten ist, es überhaupt nicht mehr zu einer Erektion kommt, dann verfallen diese Sexualneurastheniker unwiderruflich der Masturbation oder irgendwelchen sexuellen Praktiken und Perversitäten, niemals aber, das möchte ich auch hier im Gegensatz zu anderen Autoren betonen, homosexuellen Perversionen, homosexuellem Fühlen und Empfinden, sondern nur homosexuellen Praktiken. Es findet keine Inversion des Geschlechtstriebes statt, sondern nur eine perverse Betätigung des Geschlechtstriebes, mit anderen Worten: Auch der heterosexuelle total Impotente wird durch seinen Zustand nicht zum rein Homosexuellen, d. h. homosexuell Fühlenden, sondern nur zu einem homosexuell eventuell sich Betätigenden.

Die Funktionsstörungen der Zeugung beim Manne.

Funktionsstörungen der Zeugung beim Manne

sind

1. Krankhafte Samenverluste,
2. Impotenz,
3. Sterilität,

wobei ich allerdings bemerken möchte, daß Curschmann und Fürbringer, die hervorragendsten Bearbeiter der sexuellen Funktionsstörungen, die krankhaften Samenverluste als spezielles Gebiet derselben betrachten und sie einer gesonderten Besprechung unterziehen. Anders Finger, der in seiner „Physiologie und Therapie der Sterilität beim Manne" die krankhaften Samenverluste nicht als Ursache der Impotenz anerkennt, weil sie nicht selbständige Krankheiten, sondern nur Symptome seien. Dem möchte ich entgegnen, daß auch die Impotenz und bisweilen selbst die Sterilität nicht selbständige Krankheiten, sondern nur Symptome oder Endeffekte von Krankheiten sind. Aber die krankhaften Samenverluste haben mit der Impotenz oft nicht nur dieselbe ätiologische Veranlagung gehabt, sondern sind, entgegen Finger, auch Ursache der Impotenz, denn die Onanie z. B. bewirkt die krankhaften Samenverluste, diese wieder führen zu verfrühten Ejakulationen, zur Impotenz. Den krankhaften Samenergüssen gebührt daher mit Recht eine selbständige Rubrik in der Darstellung der sexuellen Funktionsstörungen.

1. Die krankhaften Samenverluste.

Es liegt noch nicht lange die Zeit zurück, wo die Begriffe krankhafte Samenverluste und Pollutionen resp. vermehrte Pollutionen für ein-und dasselbe gehalten wurden. Erst Curschmann war es, der hierin endgültig Wandel schaffte und selbst moderne Sexologen, nicht bloß Allgemeinärzte, unterscheiden hier noch nicht scharf genug. Roubaud schließt in seinem vortrefflichen Werke „De l'impuissance" die Samen-

verluste überhaupt fast vollständig aus. Ich glaube, es ist notwendig, hier allgemein scharfe Unterscheidungen zu machen zwischen

a) normalen Pollutionen,

b) krankhaft vermehrten, sonst aber normalen Pollutionen,

c) krankhaften Samenergüssen.

a) Die normalen, gesunden Pollutionen

hat jedes gesunde männliche Individuum im Alter der Geschlechtsreife, d. h. vom ca. 16.—50. Lebensjahre bei zeitweiser geschlechtlicher Abstinenz. Es sind dies zeitweilig Nachterektionen, welche unter erotischen Träumen mit geringen Ejakulationen ausgelöst werden. Dieselben kommen im gesunden Zustande nur während des Schlafes, d. h. im willenlosen Zustande in ungefähr ½ bis mehrwöchentlichen Intervallen vor. Wahrscheinlich sind erotische Traumvorstellungen die Ursache, und infolge der sexuellen Erregung durch die Träume kommt es zur Samenergießung, zur Pollution. Meist kommen die Träume in der Nacht, jedoch auch am Tage im Schlafe, nur bedeutend seltener. Es scheint, als wenn die kürzere Zeit des Tagesschlafes, wie z. B. während des Mittagsschlafes, es nicht so leicht zu Pollutionen kommen ließe. Die meisten Pollutionen pflegen nach einem längeren Schlafe aufzutreten. Ich habe von dem weitaus größten Teil der Patienten gehört, daß sie die Pollutionen am Morgen oder gegen Morgen hatten, nicht in der ersten Zeit des Schlafes in der Nacht. Dafür spricht auch, daß gewöhnlich angegeben wird, daß die Leib- resp. Bettwäsche noch ganz nasse Spermaflecke hatte. Bei Pollutionen im Beginn des Schlafes würden dieselben am Morgen längst getrocknet sein. Richtig wäre daher, zu unterscheiden Tag- von Nachtpollutionen. Da aber im großen und ganzen die Pollutionen in weitaus der Mehrzahl der Fälle in der Nacht auftraten, behalte ich die Einteilung von normalen, d. h. Nachtpollutionen und krankhaften, d. h. Tagessamenergüssen (Tagespollutionen) bei, weil eben im allgemeinen die Nachtpollutionen fast stets normal, physiologisch, die Tagespollutionen, d. h. die im wachenden Zustande stets krankhaft sind. Denn die Pollution ist eine Kontraktur der Muskulatur der Vesicae seminales sowie der Damm- und Bulbusmuskulatur, ausgelöst vom Ejakulationszentrum, also zentral. (Remy hat künstlich durch Reizung der Nervi ejaculatorii Ejakulation hervorrufen können), während die Spermatorrhöen ein rein mechanisches Ausdrücken von Sperma aus den Samenblasen darstellen mit Überwindung des insuffizienten Sphinkter der Samenblasen und der Ductus ejaculatorii. Dies und die Erschlaffung, die Atonie der Muskulatur der Pars membranacea urethrae ermöglichen, daß der Druck bei der Defäkation, also der intraabdo-

minelle Druck eine Austreibung oder richtiger eine Auspressung des Spermas zur Folge hat. Der Vorgang der Spermatorrhöe ist also ein lokaler, kein zentraler Vorgang. Ich halte mit Curschmann und Fürbringer, entgegen Finger, daran fest, daß dabei stets eine Insuffizienz der Samenblasen- resp. Ductus ejaculatorii Muskulatur vorhanden sein muß und daß selbst der allerhärteste Stuhl bei Suffizienz derselben den normalen Muskeltonus nicht überwinden und Spermatorrhöe hervorbringen kann.

Ich muß hier besonders darauf hinweisen, daß ein Autor, Orlowski, in seinem Werke: „Die Impotenz des Mannes", II. Aufl., S. 66, behauptet hat, daß „an Pollutionen fast nur Leute leiden, die onaniert haben". Diese Behauptung ist falsch. Im Gegenteil. Ich habe bei meinem großen Masturbantenmaterial gerade beobachtet, daß durch die Masturbation die Pollutionen verhindert werden. Das ist auch sehr natürlich, denn die Pollution ist nichts weiter als die physiologische Entleerung des in den Samenblasen aufgestapelten Sekrets. Wird dies nun, wie es bei Masturbanten gewöhnlich der Fall ist, so oft entleert (durchschnittlich geben sich die Masturbanten einigemal pro Woche ihrer Gewohnheit hin), so findet eine mehr als genügende, wenn (auch nicht physiologische) Entleerung des Spermas statt. Es kommt infolge dieser Samenentleerungen nicht zur physiologischen der Pollution. Weil jeder Mensch beinahe onaniert hat und die Pollutionen so verbreitet sind, schließt Orlowski, hängen Pollutionen mit der Masturbation zusammen. „Läßt er später die Unsitte (des Masturbierens nämlich, Verf.), so kann er dann monate- und jahrelang abstinent leben, ohne je eine Pollution zu erleiden", sagt er weiter. Diese Anschauung widerspricht total meinen Beobachtungen. Ich habe stets gefunden, daß die Masturbanten, wenn sie von ihrer Unart ablassen, gerade wieder Pollutionen bekommen und, wenn sie dann wieder masturbieren, die Pollutionen aufhören. Ja, es ist teilweise sogar vorgekommen, daß ein Patient mir sagte: „Eben, weil ich beobachtete, daß, wenn ich einige Zeit nicht onanierte, wieder Pollutionen bekam, habe ich wieder onaniert, um die Pollutionen zu vermeiden". Sie hielten die Pollutionen, weil sie unfreiwillig kamen, für schädlicher als die Masturbation! Und es bedurfte manchmal großer Überredungskunst, sie zu überzeugen, daß die Pollutionen normal sind, also nicht schaden, umgekehrt die Onanie aber das tut. Ich habe aber noch nicht einmal erlebt, daß ein früherer Masturbant im geschlechtsreifen Alter, wenn er von seiner Unart abließ, dann monate- und jahrelang abstinent lebte, nie Pollutionen mehr hatte. Das ist auch ganz undenkbar, denn die Spermabildung in den Hoden geht weiter. Wenn ein solcher Mann nun abstinent lebt, nicht masturbiert, nicht koitiert (jahrelang!!) und auch nie Pollutionen hat,

wo bleibt das sich bildende Sperma? Es müßte dann mit der Abstinenz auch die völlige Bildung von Sperma im Hodengewebe aufhören. Das ist aber nicht der Fall und widerspricht völlig den physiologischen Vorgängen während der Geschlechtsreife im männlichen Genitale. Es findet in dieser Zeit eine ständige Spermatogenese statt.

Lissmann, München, („Zur Behandlung der Pollutionen." Mediz. Klinik 1913, 22) meint, daß man aus den Folgeerscheinungen entscheiden solle, wann eine Pollution physiologisch, wann pathologisch sei. Ersteres sei sie, wenn sie das Gefühl der Erleichterung, letzteres, wenn sie Spinalirritation setze (psychische Depressionen, Parästhesien), wie nach onanistischen und Koitusexzessen, bei Hirnerkrankungen usw. Meines Erachtens sind in letzteren Fällen die meisten (krankhaft gehäuften) Pollutionen nur ein Symptom der Sexualneurose und die Spinalirritation besteht dann auch ohne Pollutionen. Pollutionen und Spinalirritationen sind nebenhergehende Folgen der Exzesse, nicht ist die Irritation die Folge der Pollutionen.

Auch die weiteren Anschauungen Orlowskis, daß nach einzelnen Autoren, wie Malécot, Finger, Milian, Mamlock auch eine normale Spermatorrhöe bestünde, „indem bei überfüllten Samenblasen der Druck des gefüllten Rektums auf sie bei der Defäkation genüge, um die Schließmuskeln der Ductus ejaculatorii zu überwinden und die notwendige, periodische Samenentleerung herbeizuführen", daß es durchaus nicht den Tatsachen entspreche, daß man nach Pollutionen sich erleichtert fühle, nach krankhaften Samenergüssen wie Tagespollutionen allgemeine Mattigkeit bestünde, daß in der Mehrzahl der Nachtpollutionen, auch wenn sie noch so selten eintreten, das Gegenteil der Fall sei, daß dann Kreuzschmerzen, Mattigkeit und Schwäche die Folge seien, daß, wenn über Erleichterung nach Nachtpollutionen vom Patienten berichtet werde, dies „unter Einfluß von Selbstsuggestion" geschah, all diese Ansichten werden heute wohl von den wenigsten Autoren gestützt. Im Gegenteil, Curschmann, Fürbringer, Ultzmann, Trousseau und andere unserer besten Autoren stehen auf dem Standpunkte, daß Tagespollutionen, d. h. im wachen Zustande stattfindende krankhafte-, Nachtpollutionen normale physiologische, nicht auf Masturbation beruhende Entleerungen sind, nicht solche auf Colliculushypertrophie basierende, worauf die ganze Theorie Orlowskis hinausläuft. Meine Erfahrungen haben mir stets die Richtigkeit dieser Anschauungen bestätigt. Allerdings kann die Masturbation, besonders die instrumentelle, aber auch die rein mechanische, bei sehr heftiger Ausübung im Laufe der Zeit Urethritis der Pars prostatica hervorrufen, selbst Rötung und Schwellung des Colliculus seminalis. Diese Colliculitis aber ist nicht die Ursache der physiologischen Pollutionen, d. h. der nächtlichen Samenentleerungen im bewußtlosen Zustande.

Diese werden, wie das die experimentellen Forschungen Tarchanoffs schlagend bewiesen haben, ausgelöst durch die pralle Füllung der Samenblasen, durch welche das Erektionszentrum erregt wird, womit aber auch die wollüstigen Gedanken ausgelöst werden. Wenn er brünstigen Fröschen die Samenblasen ausgedrückt hatte, hörte jede geschlechtliche Neigung auf. Sowie er dieselben aber mit Sperma eines anderen Frosches, ja selbst mit einer indifferenten Flüssigkeit (Wasser) füllte, kehrte der Geschlechtstrieb sofort wieder. Gerade das Erektionszentrum ist das leichter, das Ejakulationszentrum das schwerer zu erregende, dann aber auch desto widerstandsfähigere. Nicht durch die nächtlichen Pollutionen werden die Männer impotent, wohl aber durch die Defäkationsspermatorrhöen. Fürbringer hat in seinem Werk: „Die Störungen der Geschlechtsfunktionen des Mannes", S. 19—20, sehr richtig den Unterschied zwischen Pollutionen und Samenverlusten entwickelt. Er sagt über den von Orlowski angezogenen Autor Malécot kurz und treffend: „Ganz unzulässig ist es aber, wie Malécot tut, die Samenverluste während der Stuhl- und Harnentleerung mit den Nachtpollutionen unter dem Begriff einer physiologischen Spermatorrhöe zu subsummieren. Eine Spermatorrhöe ist niemals physiologisch." Ultzmann hat sehr richtig die Pollutionen mit dem Blasenkrampf, die Spermatorrhöen mit der Blasenlähmung verglichen, denn die Pollutionen sind gleichsam ein Krampf der Samenblasen, jedenfalls ausgelöst physiologisch durch die pralle Füllung und krampfhafte Zusammenziehung derselben. Die Spermatorrhöen aber sind eine Parese der Ductus ejaculatorii. Orlowski selbst sagt loc. cit. S. 72: „Unter Spermatorrhöe werden fast allgemein zwei Zustände zusammengefaßt: 1. Die Miktions- und Defäkationsspermatorrhöe. 2. Die Tagespollutionen"; das heißt also: nicht die Nachtpollutionen.

| Normale, im Schlaf unter Erektion auftretende Pollutionen und Samenergüsse im wachen Zustande bei schlaffem Gliede, haben gar nichts miteinander zu tun. Niemals können Pollutionen, auch krankhafte (d. h. meines Erachtens nur zu häufige Pollutionen) in Spermatorrhöen übergehen. Beides sind total voneinander zu trennende Erscheinungen. Schlafpollutionen sind physiologische, Spermatorrhöen sind stets pathologische Erscheinungen. „Daraus geht hervor, daß jede im bewußten, wachen Zustande erfolgende Pollution als krankhaft bezeichnet werden **muß.** Nach jeder krankhaften Pollution folgt aber eine Erschlaffung, ein Gefühl der Mattigkeit und Abgespanntheit. Nur bezüglich des Übergangs von normalen zu krankhaften Pollutionen kann ich mich den Zahlen Fürbringers nicht anschließen, wenn er meint, daß im großen und ganzen bei Abstinenten die normalen Intervalle bei den Pollu-

tionen zwischen 10 und 30 Tagen schwanken. Diese Zahlen sind meiner Ansicht nach zu hoch gegriffen. Ich halte eine wöchentlich ein- bis zweimalige Pollution noch für normal, wenn sie nur unter Erektion im bewußtlosen Zustand vor sich geht. In der „Berliner Klinik", Heft 257: „Die libidinösen Ausflüsse und der Orgasmus" habe ich gesagt: „Die nächtliche Pollution kommt physiologisch dadurch zustande, daß Überfüllung oder wenigstens große Anhäufung in den Samenblasen eingetreten ist, diese in eine Art Hyperämisierung geraten und dadurch eine Art „physiologischer Entzündung" entsteht. So wird 1. peripher reflektorisch durch nervöse Vermittelung im Zentralnervensystem — im Pons, Cervikalmark — ein Reiz ausgelöst und dadurch werden im Traume erotische Bilder, meist aus dem Erlebten, Vergangenen, hervorgerufen. 2. Durch diese Nervenbahnen von hier aus das Centrum erectionis in Erregung versetzt und diese durch die Nervi erigentes, welche im 1.—3. Sakralnerven verlaufen, zu den Corpora cavernosa weitergeleitet. Die Tätigkeit dieser Nerven ist eine lähmende, durch Erregung der glatten Muskelfasern die Schwellkörper erschlaffend und so mit Blut füllend. So kommt es zur Erektion. 3. Findet lokal durch Vermittelung der vasomotorischen Nerven Kontraktion der Musculi ischio- et bulbocavernosi statt, i. e. Ejakulation."

4. Wirkt gerade im Schlafe in der Rückenlage die prall gefüllte Vesica direkt, mechanisch, von hinten durch Druck auf die Samenbläschen irritierend, daher man Pollutionen gerade des Morgens bei gefüllter Blase beobachtet. Ferner ist die Erektion im Schlafe (bei den normalen nächtlichen Erektionen) wahrscheinlich eine sehr lang andauernde, weil Hemmungsvorgänge, wie im wachen Zustande, fehlen. Andererseits ist die Hyperämisierung der Samenblasen unter der Bettwärme eine allmähliche, langsam vor sich gehende, während hingegen bei äußeren Reizungen im wachen Zustande, also am Tage oder beim direkten Coitus die Erregung des Centrum erectionis durch äußere sinnliche Reize eine viel schnellere sein wird. Auch die Blasenfüllung ist hier eine viel geringere, da am Tage öfter uriniert wird, in dem Jugendalter der Pollutionen in der Nacht gewöhnlich nie. Nachtpollutionen stehen also unter graduell ganz anderen, verschiedenen physiologischen Bedingungen als coitale Spermaergüsse und letztere sind daher nicht ohne weiteres den Pollutionen gleichzustellen. Bei ersteren ist der ganze Sexualspasmus vom Anbeginn bis zur Auslösung ein viel energischerer als im Traume, selbst im lebhaften Traume.

Natürlich kann nach länger andauernder Erektion bei ständiger Fortdauer der Erregung auch ein im bewußten Zustande eintretender Spermaerguß eventuell noch als normal gelten, wenigstens bei ganz

Gesunden. Er ist aber immer verdächtig einer gewissen Sexualschwäche. Bei sexuell Hyperästhetischen ist dies sicher keine „Tagespollution", d. h. kein normaler Zustand mehr, sondern eine sog. Ejaculatio praecox, d. h. nach allen Autoren ein Zeichen der sexuellen Neurasthenie, eine krankhafte Irritation der die Muskulatur der Samenblasen und der Urethra versorgenden Nerven. v. Krafft-Ebing spricht die „Tagespollutionen" direkt für ein Symptom der schon fortgeschrittenen sexuellen Neurasthenie an.

Als Tagespollutionen bezeichnete man bisher — aber nicht korrekt — die im bewußten, wachen Zustande ohne Steifung des Gliedes eintretenden Pollutionen. Sie sind die schwersten aller krankhaften Samenergüsse überhaupt und nach meiner Erfahrung der Übergang zur Impotenz. Also Pollutio diurna ist kein frühzeitiger Samenerguß bei Aufregung. Dieser, die sog. Ejaculatii praecox, gehört schon in das Gebiet der krankhaften Samenergüsse, der Spermatorrhöen und nicht mehr der Pollutionen, beides sind anatomisch wie klinisch getrennte, verschiedene Zustände. Die Tagespollution ist ein krankhaft verfrühter Erguß ante immissionem, gleichviel, ob dieselbe überhaupt versucht wird, versucht werden konnte oder nicht, denn sie beruht auf Überreizung der Sexualnerven durch Masturbation und Abusus sexualis (bisweilen auch durch Coitus interruptus), d. h. die Tagespollutionen sind eben keine Pollutionen mehr, sondern Spermatorrhöen, nur nicht, wie die Defäkationsspermatorrhöen, auf Atonie der Samenblasen beruhend." (Rohleder, „Die libidinösen Ausflüsse und der Orgasmus".)

b) Die krankhaften Pollutionen

sind ebenfalls mit Ejakulationen des Gliedes im Schlafe und mit Wollustgefühl einhergehende Samenausflüsse, wie die normalen Pollutionen. Das „krankhafte" liegt nur in der Vermehrung. Es kann zu jede Nacht eintretenden, selbst zu mehrmals in einer Nacht hintereinander eintretenden Pollutionen kommen. Sie sind ebenfalls meist Folge der Onanie oder sexueller Exzesse.

c) Die Spermatorrhöen

sind keine eigentliche Erkrankung sui generis, sondern nur ein Zeichen einer schon bestehenden Erkrankung, nur ein Symptom einer solchen, wie z. B. der Icterus, die erhöhten Patellarreflexe usw. und zwar gibt es hier besonders zwei Formen

1. die sog. Miktionsspermatorrhöen,
2. die sog. Defäkationsspermatorrhöen,

erstere, weit seltener, beim Urinieren, letztere, weit häufiger, beim Stuhlgang auftretend.

Es kommen hier ätiologisch in Betracht:

1. Die sexuelle Neurasthenie,

2. Die sexuellen Exzesse, wie Onanie, Abusus sexualis und Coitus interruptus, selten anderer perverser Verkehr wie Paedicatio und Irrumatio,

3. Genitalerkrankungen und

4. konstitutionelle Erkrankungen.

1. Die sexuelle Neurasthenie ist ja meist erst die Folge der sub 2 genannten, jedoch kann in höchst seltenen Fällen eine solche vorhanden sein, ohne daß sexuelle Exzesse irgendwelcher Art vorausgegangen sind. Es handelt sich dann meist um jene unglücklichen Geschöpfe, die von Jugend auf, und zwar vererbt, sei es auf Grund einer vererbten Anlage, sei es auf Grund einer direkten Vererbung der Krankheit stark neurasthenisch sind. Bekanntlich gibt es ja einige Forscher, unter ihnen Charkot an der Spitze, die nur eine vererbte Neurasthenie annehmen und eine erworbene leugnen. Ich glaube, die angeborene Neurasthenie ist die weitaus seltenste Form. Sie ist dann aber diejenige, die in der Kindheit sich schon zeigt und jedenfalls ist bei der sexuellen Neurasthenie meines Erachtens die erworbene Form weitaus die häufigste, obgleich es Fälle geben mag, bei denen in sehr früher Jugend auf Grund einer angeborenen bis dahin nur latenten Form ohne Onanie oder Exzesse Spermatorrhöen auftreten. Es handelt sich dann um eine angeborene Widerstandsschwäche des Genitalnervensystems, wohl meist mit allgemeiner Kachexie kompliziert. Die Neurasthenia cerebrospinalis erstreckt sich dann auch auf die Geschlechtssphäre, ohne daß je geschlechtliche Exzesse mitgewirkt haben.

In weitaus der Mehrzahl der Fälle von krankhaften Samenverlusten aber sind

2. Sexuelle Exzesse weit häufiger als Genitalerkrankungen die Ätiologie.

Bei der ungeheuren Verbreitung der Onanie (90%) darf man sich nicht verwundern, daß sie auch zur Parese der Ductus ejaculatorii führen. Durch die Onanie wird auf die Dauer eine Überreizung der Genitalnerven herbeigeführt, welche im Laufe der Jahre sich summierend auch diejenigen Nerven betrifft, welche die Schließmuskelfunktion der Ductus ejaculatorii versorgen. Dadurch kommt es zu Verminderung des Tonus, und damit preßt beim Einsetzen der Bauchpresse während des Stuhlganges der mit Kot gefüllte Mastdarm die prallen Samenblasen von hinten mit aus. Der normale Tonus der Schließmuskulatur versagt, und es kommt, das ist wichtig, zu einem langsamen Abfließen des Spermas während oder unmittelbar nach der Kotentleerung, aber nicht zu stoßweisen Expulsionen, wie apud coitum oder onaniam. Eben dadurch, daß die Samen-

ausflüsse bei völlig erschlafften Ductus ejaculatorii vor sich gehen, finden sie auch ohne jegliches Wollustgefühl statt. Das Primäre ist nicht der Druck der Bauchpresse, denn selbst ein noch so hochgradig verstärkter Druck kann es bei Intaktsein der nervösen Versorgung der Ductus ejaculatorii und damit genügender Tonisierung der Muskulatur derselben selbst bei größter Obstipation niemals zu Spermatorrhöen bringen, sondern das Primäre ist eben die Parese, die Erschlaffung der Ausführungsgänge des Samens. Wahrscheinlich ist auch eine Atonie der Samenblasenmuskulatur, nicht bloß der Ausführungsgänge vorhanden.

Wann treten nun bei Onanisten die krankhaften Samenverluste ein?

Nach meinen Erfahrungen ist die Spermatorrhöe hier durchaus nicht so oft, im Gegenteil. Weitaus der geringste Teil der Onanisten leidet an Spermatorrhöen. Trotz der Häufigkeit der Onanie, bei 90% aller männlichen Individuen, ist die Spermatorrhöe im Verhältnis hierzu ein relativ (nicht absolut!) seltenes Vorkommen, und zwar tritt sie wohl fast ausnahmslos erst nach jahrelanger und starker Masturbation ein. Also: Die Masturbation führt nie zu Pollutionen und relativ selten zu Spermatorrhöen. Allerdings vermag die Onanie hin und wieder zu Entzündungen im hinteren Teile der Harnröhre, besonders der Pars prostatica zu führen, auch zur Hypertrophie des Colliculus seminalis. Schwellungen dieser letzteren sind aber durchaus nicht Regel bei der Spermatorrhöe, wie Grünfeld u. a. wollen. Fürbringer sagt: „Daß fast immer bei Spermatorrhoikern entzündliche Veränderungen des genannten Bezirks durch das Endoskop aufgefunden wurden, steht durchaus nicht im Einklang mit unseren größtenteils eindeutigen Erfahrungen, in denen von dem Begriff auch nur einer mäßigen katarrhalischen Schwellung gar keine Rede sein konnte", und Orlowski, der ein eifriger, wohl nur allzu eifriger Verteidiger der Colliculushypertrophie ist, meint, daß beide sehr selten miteinander sind.

Warum es bei dem einen Onanisten zu Spermatorrhöen, beim anderen zur Impotenz kommt, wissen wir nicht. Bei dem ungeheuer vielseitigen Bilde der Sexualneurasthenie kann man hierüber überhaupt nichts sagen. Auch die Ansicht Orlowskis, daß es „meist eingeborene Minderwertige" sind, die zu Spermatorrhöen kommen, kann ich nicht teilen. Ich habe überhaupt keinen Anhaltspunkt gefunden, der mir erklären könnte, warum es gerade in den betreffenden Fällen zu krankhaften Samenverlusten kam. Auch die Annahme eines Locus minoris resistentiae des hinteren Teiles der Harnröhre, der Ductus ejaculatorii, würde nichts erklären. Andererseits kann man selbst bei solchen Ona-

nisten, welche intraurethrale Masturbation durch Einführung von Instrumenten bis zur hinteren Harnröhre betrieben, durchaus nicht krankhafte Samenverluste als Folge konstatieren.

Die Neurosen, d. h. die nervösen Erschlaffungszustände im Gebiete der die Samenblasen und Ductus ejaculatorii versorgenden Nerven, sind solche des N. perineus, der ja die motorischen Nerven für die Ejakulationsmuskeln (Musc. ischio. et bulbo-cavernosi) liefert, während der Nervus dorsalis penis der sensible Nerv für die Hautreizung (Präputium u. Harnröhre) darstellt. Vielleicht sind es aber auch Neurosen der sympathischen Beckengeflechte, welche die Spermatorrhöen mit bedingen. Die gesamten nervösen Vermittelungs- und Ablaufsvorgänge bei der Erektion und Ejakulation sind so äußerst komplizierte und zum Teil auch heute noch unaufgeklärte, wie ich Band I vorliegender Zeugungsmonographien, S. 74, gezeigt, daß wir heute noch kein abschließendes Urteil darüber abgeben können.

Der

Abusus sexualis als Ursache der Spermatorrhöen

tritt meines Erachtens auch hinter die Onanie zurück. Ja, von Gyurkovechky behauptet doch sogar, daß er ätiologisch überhaupt nicht für die krankhaften Samenverluste verantwortlich gemacht werden könne. Das geht aber wieder zu weit. Diese Ansicht hängt wohl auch mit der mangelhaften Definition des Abusus sexualis zusammen. Wo hört normale sexuelle Leistungsfähigkeit des Individuums auf und wo beginnt die übermäßige? Es hängt dies von der Widerstandsfähigkeit des einzelnen ab, wie ich schon früher genau besprochen. Hier spielt auch die mehr oder weniger große Erregbarkeit des Sexualzentrums im Hirn mit. Daß der ganze Ablauf des normalen Koitus mit einer hochgradigen physischen und psychischen Erregung einhergeht, sehr große Anforderungen ans Nervensystem, besonders Zentralnervensystem stellt, wissen wir, und daß er selbst beim kerngesunden, geschlechtlich völlig reifen und sexuell begehrlichen Manne mit einem, wenn auch angenehmen wohltuenden Erschöpfungszustand endigt. Wenn nun aber in übermäßiger Anzahl derartige Akte tagtäglich vor sich gehen und dies viele Monate hindurch, wie wir es bisweilen bei der Jugend beobachten, so muß dies für das Nervensystem auf die Dauer von Folgen begleitet sein, auch für die Nerven, die der Funktionierung des Genitalapparates vorstehen. Hin und wieder versagen die den Schließmuskel der Samenblasen und Ductus ejaculatorii versorgenden Nerven bei übermäßiger Kohabitation den Dienst. Es stellt sich eine Atonie dieser Gebilde ein, und ein rein mechanischer Grund, wie das Ausdrücken der Samenblasen durch harten Kot genügt jetzt, den Inhalt der in Atonie verharrenden Samenblasen von hinten auszudrücken.

Da nun auch die Ductus ejaculatorii in diesem atonischen Erschlaffungszustand sich befinden, passiert das Sperma ganz langsam diese Ductus und gelangt ohne jegliches Wollustgefühl in die Harnröhre. Der Abusus sexualis hat hier gleichsam durch eine Hyperfunktionierung zu einer Erschlaffung, zu einer Atonie geführt oder, wie Donner („Über unfreiwillige Samenabgänge") sehr richtig sagt, „durch Verlängerung der Irritation". Es ist hier für den Arzt außerordentlich schwer, nach der Anamnese zu sagen, die Onanie, der ja früher meist gefrönt, oder der früher zu stark geübte Normalverkehr hat die Schuld an den Spermatorrhöen. Wahrscheinlich wirkten beide in solchen Fällen ätiologisch mit. Eigentlich müßte man, streng genommen, nur solche Fälle von übermäßigem Koitus als Ursache der Samenverluste ansehen, bei denen derselbe allein, ohne Onanie im Leben betrieben worden ist, und solche Fälle gehören zu den größten Seltenheiten. Daher kommt wohl auch v. Gyurkovechkys Ansicht, daß übermäßiger Koitus ohne Onanie nie Spermatorrhöen zu erzeugen vermöge. Meines Erachtens aber ist übermäßiger Koitus ganz allein, ohne Onanie, dazu imstande.

Der Coitus interruptus spielt für krankhafte Samenverluste ätiologisch keine große Rolle. Wenn ich nach meinen Erfahrungen die ätiologische Bedeutung der drei genannten Faktoren für die Spermatorrhöen skizzieren soll, so meine ich, ist am häufigsten die Onanie Ursache dafür, dann kommt der Abusus sexualis, meist aber im Verein mit Onanie und als seltenster Faktor der Coitus interruptus. Das ist auch erklärlich, wenn man bedenkt, daß die Onanie sicher die am häufigsten von allen dreien betätigte Sexualart ist, der Coitus interruptus die seltenste. Derselbe wird ja meist ausgeführt in der Ehe, hin und wieder auch im „Verhältnis". Aber heute wird er, wenigstens in den Großstädten und vielfach auch in kleineren Städten und auf dem Lande, durch den neumalthusianischen Verkehr ersetzt, wofür der Rückgang der Bevölkerung in den Großstädten, ja in den meisten europäischen Kulturstaaten, der beste Beweis ist (vgl. Rohleder, „Der Geburtenrückgang — eine Kulturfrage"). Es dürfte allerdings sehr schwer, ja meist unmöglich sein, zu sagen, was überwiegt. Dies wird für die einzelnen Orte und Länder außerordentlich verschieden sein. So viel aber ist sicher, daß in den Großstädten der Kulturländer heute der Neumalthusianismus gegenüber dem Coitus interruptus überwiegt, daß aber auf dem Lande, besonders im Eheleben, der letztere noch eine sehr große Rolle spielt, ja eine bei weitem größere, als von den Ärzten gemeiniglich hin noch geglaubt wird. Es kommt dies daher, daß der Laie keine Ahnung hat von der Gefährlichkeit dieses Sexualverkehrs und eine Unterbrechung des Aktes ante ejaculationem als etwas ganz Harmloses, Selbstverständliches, für den körper-

lichen Organismus absolut Unschädliches ansieht. Wie oft ist es mir passiert, daß, als ich die Eheleute auf die Gefährlichkeit dieses Vorgehens aufmerksam machte, mir geantwortet wurde: „ob das Sperma inner- oder außerhalb der Vagina ergossen wird, ist doch ganz gleich! Und gar, wenn es überhaupt nicht zum Erguß kommt, kann das doch höchstens vorteilhaft sein!" Man ahnt nicht nur die Gefährlichkeit des Vorganges, sondern man versteht sie auch nicht, selbst wenn man sie zu erklären versucht, und das ist das Übel. Wegen der völligen Unkenntnis der Gefährlichkeit dieser sexuellen Abart wird dieselbe auch besonders bei Eheleuten vielfach vollzogen, und deswegen treffen wir auch hin und wieder krankhafte Samenergüsse bei Ehegatten, obgleich sie nach meiner Erfahrung weit häufiger bei jüngeren unverheirateten Männern zu treffen sind als bei ersteren. Hier werden schon durch den wohl fast in jeder Ehe anfangs normalen Sexualverkehr und durch das gegenseitige sexuelle Sicheinleben normale Verhältnisse geschaffen, während hingegen beim jungen unverheirateten Manne Onanie weit mehr überwiegt als beim Ehegatten. Alexander Peyer, ich u. a. haben in ihren Schriften schon vom physiologischen Standpunkt aus das Unnatürliche und deshalb Schädliche des Coitus interruptus geschildert. Ich verweise auch auf S. 27—30 vorliegenden Werkes.

Die durch den Coitus interruptus gesetzte Lumbalneurose führt unter anderen Erscheinungen, wie Genital- und Blasenneuralgien, vermehrten Nachtpollutionen usw., auch zu krankhaften Samenergüssen. Auf Grund des nervösen Vermittelungsvorganges vermag der Coitus interruptus allein, ohne Masturbation, schon zu Spermatorrhöen zu führen. Nur dürfte dies, ebenso wie beim Abusus sexualis, selten der Fall sein, weil die Onanie eben fast überall dabei ist. Sie kompliziert das ätiologische Bild der krankhaften Samenverluste ungemein, und wenn Ferdy meint, daß zur Entwicklung der Neurosen nach Coitus interruptus noch die langjährige Masturbation hinzutrete, so ist das eine Binsenweisheit, die wir heute durch die immense Verbreitung der Onanie statistisch belegen können, die aber durchaus nicht zu dem Schlusse berechtigt, den Thompson zieht, daß das Nervensystem durch Coitus interruptus allein nicht irritiert werden könne.

Ich habe vor einigen Jahren folgenden Fall beobachtet:

Ein junger Mann vom Lande wird mit 15 Jahren vom Dienstmädchen zum Coitus interruptus verführt, noch bevor er die Masturbation kennen gelernt hatte. Über 2 Jahre hindurch fand nach Angabe des jetzt 22jährigen Patienten dieser Verkehr statt bei demselben Mädchen, derart, daß das Sperma meist außerhalb der Scheide ejakuliert wurde. Selten kam es überhaupt nicht zur Ejakulation. Der junge Mann, der mit 17 Jahren, nach Erlangung des Einjährigenzeugnisses, vom Hause weg kam, setzte dann in Leipzig normalen geschlechtlichen

Verkehr fort bei einer Verkäuferin. Das Unglück wollte es, daß betr. Mädchen geschwängert wurde und der Vater zur Alimentationspflicht herangezogen wurde. Aus Angst, wieder unehelicher Vater zu werden, hat er nun, selbst bei Prostituierten, Coitus interruptus fortgesetzt, da er Präventivmittel anzuwenden „nicht verstand". Fast nie hat er in seinem Leben masturbiert. Er schätzt die ganze Onanie bisher kaum auf zehnmal, weil sie ihm nicht die Befriedigung gewährt, wie der Koitus und selbst der Coitus interruptus, und er konsultiert mich jetzt, weil nach der Stuhlentleerung schleimiger Abgang aus der Harnröhre komme: Defäkationsspermatorrhöe. Gleichzeitig bestehen Samen- und Hodenneuralgien. Dieser eine seltene Fall, wo von Jugend an Coitus interruptus getrieben wurde, fast ohne jede Onanie, zeigt schlagend, daß auch Coitus interruptus zu Spermatorrhöen führen kann. Der Einwurf, daß die innerhalb ca. 5 Jahren höchstens zehnmal stattgefundene Onanie die Ursache der Defäkationsspermatorrhöen sei, nicht der ca. 7 Jahre lang ausgeübte Coitus interruptus, dürfte wohl selbst vom enragiertesten Anhänger der Masturbationsschädlichkeiten nicht aufrechtgehalten werden können.

Man hat auch die

Abstinentia sexualis als Ätiologie für krankhafte Samenverluste verantwortlich zu machen gesucht, wie Nyström, Porosz, Marcuse. Ich kann mich trotz Marcuses ausführlicher Erörterung dieser Frage in der „Zeitschrift zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten" nach meinen Erfahrungen bis heute noch nicht dieser Ansicht anschließen, sondern stehe, wie die meisten Autoren, auf dem Standpunkte, daß sexuelle Abstinenz (natürlich nur relative, nicht absolute fürs Leben, die meines Erachtens nicht existiert), keineswegs zu krankhaften Samenergüssen führt, sondern einzig und allein zu Pollutionen, wie ich S. 37/39 erörtert. Die Ansicht, daß Sexualabstinenz zu Spermatorrhöen führe, ist ein Rückfall in längst vergangene Zeiten. So meinte z. B. Lallemand in seinem Werk: „des pertes seminales", daß Abstinenz im geschlechtlichen Verkehr allein imstande sei (ebenso geistige Überanstrengungen!) krankhafte Samenverluste hervorzurufen. Lange Zeit hindurch erhielt sich diese Meinung. Trug doch selbst der alte Bock in seinen Vorlesungen an der Leipziger Universität in den siebziger Jahren des vorigen Jahrhunderts die Lehre vor, daß „die Enthaltung vom Beischlaf während der Jahre der Reife beim Manne stets, zumal bei kräftigen, lebhaften, gut lebenden und sich nicht sehr anstrengenden Personen unangenehme Folgen nach sich ziehe, wie unwillkürliche Samenentleerungen, allmählich zunehmende Impotenz usw." Wenn daher die Anhänger der „Abstinenzerkrankungen" gleichsam eine Beischlafskur empfehlen, wie Marcuse in seiner Arbeit: „Die Gefahren der sexuellen Abstinenz für die Gesundheit" (Zeitschrift zur Bekämpfung

der Geschlechtskrankheiten, Bd. XI, Heft 3 u. 4, S. 127) sagt: „Ohne systematischen Koitus kann man das Leiden nicht loswerden“ (gesperrt gedruckt wie im Original) und einem 20jährigen Rechtshörer, ja sogar einem 16jährigen Knaben Koitus empfiehlt, so kann ich mich dem nicht anschließen, sondern eher dringend davor abraten. Hinter solchen Fällen liegt fast immer versteckte Onanie, und ein Vorgehen nach dieser Richtung hin dürfte wohl richtiger sein.

Eine wichtige Ursache der krankhaften Samenverluste bilden noch die Geschlechtskrankheiten, und zwar die

Urethritis posterior gonorrhoica chronica,

besonders der Pars prostatica urethrae und der Ductus ejaculatorii. Sie verschulden besonders die Defäkationsspermatorrhöen. Fürbringer hält gerade für die Miktionsspermatorrhöen an einer „entschiedenen Prävalenz der Gonorrhöe als ätiologisches Moment gegenüber jener der Onanie für krankhafte Pollutionen“ fest. „Eine Reihe von Fällen, in denen nur der Tripper, ohne Exzesse, ohne reizbare Schwäche, die Spermatorrhöen erzeugt hat, steht uns zu Gebote.“ Er hat unter 140 mit chronischer Gonorrhöe behafteten Männern 25 beobachtet, die mit ihrem Harn zahlreiche Spermatozoen entleerten, also ca. 18% der chronischen Gonorrhoiker litten an latenten Spermatorrhöen.

Nun sind allerdings diese Miktionsspermatorrhöen bisweilen keine solche im strengen Sinne mehr, d. h. reine Samenabgänge, sondern mehr Spermaturien, d. h. Beimengungen von mehr oder weniger größeren Mengen von Samen beim Urinieren. „In Spermatorrhöen gehen freilich diese abortiven Zustände nicht häufig über“, sagt dieser Autor selbst, und diese Formen von krankhaften Samenergüssen können wir, glaube ich, hier übergehen, da sie bei weitem nicht die Gefährlichkeit der Defäkationsspermatorrhöen, der reinen krankhaften Samenergüsse haben. Meines Erachtens läßt sich dieser Zustand pathologisch-anatomisch leicht erklären, und zwar als Endresultat der pathologischen Gewebsveränderungen infolge der gonorrhöischen Schleimhauterkrankung. Die Gonorrhöe setzt zu Anfang der Erkrankung oberflächlich eine Infiltration des Bindegewebes. Das letztere zeigt sich durchweg von kleinen Zellen infiltriert, die allmählich zu einer Bindegewebswucherung führen. Der krankhafte Prozeß zeigt sich in diesem Stadium schon mikroskopisch durch Auflockerung der Schleimhaut. Die subepitheliale Infiltration führt aber allmählich zu einer schwieligen Infiltration und damit zu einer Umbildung des Epithels, und zwar des Zylinderepithels in Plattenepithel. Solange nun dieser Prozeß auf das subepitheliale Bindegewebe sich beschränkt, werden keine Spermatorrhöen beobachtet. Schreitet derselbe aber in die Tiefe fort, so wird auch das Bindegewebe infiltriert. Es verliert seine Weichheit und Kontraktilität, wird starr,

vermag nicht mehr seinen Tonus aufrecht zu erhalten und führt damit zur Insuffizienz der Ductus ejaculatorii bezüglich ihrer Orifizia, damit zur Unfähigkeit, dem Sperma den Weg aus den Vesiculae seminales zu verschließen, damit zum mechanischen Erscheinen der Spermatorrhöen.

Der Prozeß ist hier von einem nervösen zu einem organischen vorwärts geschritten und damit auch therapeutisch schwieriger zu beeinflussen.

Daß natürlich gonorrhoische Entzündung der Samenblasen, der Prostata, die ja nichts weiter vorstellen als ein Fortschreiten der Urethritis gonorrhoica posterior nach rückwärts, auf Grund der anatomischen Darlegung ebenfalls zu Spermatorrhöen führen können, ist sicher.

4. Konstitutionskrankheiten als Ursache von krankhaften Samenverlusten sind selten, für die Praxis fast ganz zu vernachlässigen, am ehesten ist es noch der Diabetes, der hier in Betracht kommt. Da aber auch dieser meist in einer Zeit sich einstellt, wo die Libido, das ganze Sexualleben in der Abnahme begriffen, beobachten wir auch selten Spermatorrhöen durch denselben. Nach erschöpfenden längeren Krankheiten, wie Typhus abdominalis, beobachtet man wohl Erektionen und Ejakulationen, also Pollutionen, veranlaßt durch das übermächtige Erwachen der Libido, aber wohl kaum Spermatorrhöen.

Da die krankhaften Samenverluste meist beim Stuhlgang sich zeigen als sog. „Defäkationsspermatorrhöen", ist man sogar so weit gegangen, sehr harten Stuhlgang als Ursache derselben anzusehen wie Lewin u. a. dies tun. Meines Erachtens ist dies unmöglich. Bei normalem Tonus der Samenblasen kann auch der härteste Stuhlgang kein Ausdrücken derselben hervorrufen. Es gehört dazu eine krankhafte Atonie derselben resp. der Ductus ejaculatorii. Ich meine sogar, daß nicht einmal einzelne Spermatozoen, wie Curschmann und Fürbringer annehmen, dadurch herausgepreßt werden können. Curschmann ist der Meinung, daß das gefüllte Rektum die Samenblasen zur Seite drücken und damit die Ductus ejaculatorii zusammenpressen würde, damit also eher ein Zurückhalten des Spermas als ein Auspressen hervorrufen würde. Sicher ist die Atonie i. e. die Insuffizienz, das Primäre, und der intraabdominale Druck das Sekundäre.

Erb und Charkot haben schon beobachtet, daß bei Tabes dorsalis nicht bloß vermehrte Pollutionen, sondern selbst Spermatorrhöen auftreten können. Ich selbst habe eine solche Beobachtung bei von mir behandelten Tabetikern nicht machen können, glaube auch, daß sie hier relativ recht selten sind; eben auch aus dem Grunde, daß die Tabes meist doch in einem Lebensalter erscheint, wo die Libido in Abnahme begriffen ist. Man kann sie für die Allgemeinpraxis, noch mehr die an-

deren schwierigen Hirnkrankheiten, wie Bulbärparalyse, als ätiologischen Faktor wohl vernachlässigen.

Die

pathologische Anatomie

unserer Krankheit weist nichts besonderes auf. Da sie in der Hauptsache als eine Neurose sich darstellt, werden wir anatomisch auch an der Leiche nichts finden. Nur bei denjenigen Formen, die auf Urethritis gonorrhoica posterior beruhen, finden wir die Entzündung der pars prostatica urethrae auf das Caput gallinaginis und die Wandungen der Ductus ejaculatorii übergegangen. Selbst Coitus interruptus, Onanie und sexuelle Exzesse vermögen diese Entzündungserscheinungen und damit Insuffizienz dieser Muskelgruppen zu erzeugen, was uns ja eben auch pathologisch-anatomisch, wenigstens teilweise, den Zusammenhang zwischen Spermatorrhöen und diesen sexuellen Betätigungen erklärt. In der Hauptsache aber sind die ersteren nervöse Erscheinungen, Insuffizienzen der betr. Nervengruppen. Eine äußerst interessante Mitteilung machte Frank, Berlin, auf dem Kongreß der Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Dresden 1911. Er hat beobachtet, daß selbst Gedankenonanie zu auch urethroskopisch zu konstatierenden Entzündungen geführt hatte.

Die Insuffizienz der Ductus ejaculatorii vermag durch leisen Druck, nicht bloß der Bauchpresse, wie bei den Defäkationsspermatorrhöen, sondern selbst des Levator ani beim Wasserlassen, wie bei den Miktionsspermatorrhöen, zum Ausfluß von Samen zu führen.

Bei der Urethritis posterior finden wir eine Schleimhauterkrankung, die sich schon makroskopisch durch ihre papilläre Wucherung charakterisiert. Die Schleimhaut erscheint geschwollen und gelockert, besonders das Caput gallinaginis und seine Umgebung ist vergrößert. Diese krankhafte Erscheinung, Colliculitis genannt, ist von einigen Autoren sehr hoch bewertet worden. Da nun die krankhaften Samenverluste meist Folge der Onanie sind und die Onanie vielfach diese katarrhalische Schwellung des Follikels setzt, findet man auch bei krankhaften Samenverlusten dieselbe mehrfach. Es wäre jedoch zu weit gegangen, nun die Kollikelhypertrophie stets als Ursache der krankhaften Samenverluste anzusehen. Im Gegenteil glaube ich, daß beide nur in einem relativ losen Zusammenhang miteinander stehen. Beim Kapitel „Impotenz" werde ich noch auf diesen pathologisch-anatomischen Prozeß zurückkommen.

Klinik (Krankheitsverlauf) der krankhaften Samenergüsse.

Die krankhaften Samenverluste sind ein Symptom der sexuellen Neurasthenie, und zwar meist der Patienten mittlerer

und höherer Stände. Wir finden dieselben selten unter der arbeitenden Bevölkerung, weit mehr in den besser situierten Klassen. Am häufigsten ist die Krankheit in den zwanziger Jahren, besonders in der ersten Hälfte. In den dreißiger Jahren wird sie schon seltener, in den vierziger Jahren verschwindet sie meist. Das, was die Patienten am meisten irritiert und in Schrecken versetzt, ist das Erscheinen von Samenfluß unmittelbar beim, resp. richtiger nach dem Stuhlgang. Dieses Symptom ist es auch, daß sie am ehesten zum Arzt treibt. Sie betrachten die krankhaften Samenverluste als etwas außerordentlich Schweres und selbst Gefahrvolles für die Gesundheit. Ein mich neulich konsultierender Spermatorrhoiker, 25jähriger gebildeter Herr, glaubte sogar, daß dieselben ein wie Phthisis das Leben bedrohender Zustand sei und meinte, ich solle ihm ruhig sagen, wann dieser Zustand zum Tode führe. Ein Teil der Patienten kommt mit den Klagen über „chronischen Tripper" zum Arzt, besonders jene mit krankhaft vermehrten Pollutionen glauben, den Ausfluß als gonorrhoisch ansprechen zu müssen, und selbst wenn sie wissen, daß es Samenabgänge sind, halten sie dieselben für Folgen des Trippers resp. geschlechtlicher Verirrungen. Besonders die Onanie ist auch in Laienkreisen als Ursache der Spermatorrhöe doch nicht so unbekannt.

In das klassische Bild der krankhaften Samenergüsse müssen wir einbeziehen:

1. die krankhaft vermehrten Pollutionen, d. h. allzugehäufte normale Pollutionen,

2. die krankhaften Tagespollutionen, d. h. im Bewußtsein vor sich gehende Samenergüsse bei schlaffem Gliede ohne Wollusterregung.

3. Die Miktions- und Defäkationsspermatorrhöen.

1. Die krankhaft gehäuften Pollutionen, d. h. innerhalb weniger Nächte mehrere Male, jede Nacht und selbst mehrere Male in einer Nacht auftretend, sind rein nervöse Symptome und oft nichts weiter als ein Zeichen sexueller Neurasthenie, wobei die Ejakulationen völlig normal vor sich gehen, d. h. mit Steifung des Gliedes, in der Nacht unter wollüstigen Träumen. Die Patienten klagen aber meist über Schwächung durch die Pollutiones nimiae. Sie führt sie vielfach zum Arzt. Hin und wieder findet man die Pollutiones nimiae bei Onanisten und dann meist bei solchen, die früher sehr stark, jetzt aber sehr selten onaniert haben und keinen oder sehr selten Normalverkehr haben. Denn nach meinen Erfahrungen ist es gerade die gewohnheitsmäßige, relativ oft betriebene Onanie, die diese Pollutionen nicht aufkommen läßt, gerade weil sie eine Entspannung des Sexualspasmus mit Ejakulation nach sich zieht. Mehrfach findet man sie hingegen bei Temporärabstinenten, und zwar sind sie hier gleichsam ein physiologischer Ausgleich, besonders bei solchen, die körperlich wenig

oder gar keine Ausarbeitung haben, dabei sehr reichliche Eiweißdiät genießen und viel sitzen. In diesen Fällen kann man sie eigentlich auch kaum als krankhaft ansehen.

2. Die Tagespollutionen, d. h. die im bewußten Zustande auftretenden Samenabgänge sind schon ein weit schwerwiegenderes Symptom, weil sie ohne Steifung des Gliedes, ohne Wollustgefühl einhergehen. Hier liegt also schon eine Atonie, d. h. eine Insuffizienz der Samenblasen resp. der Ductus ejaculatorii vor. Dies stempelt sie zu eminent pathologischen gegenüber den vorigen.

Was die Häufigkeit anbetrifft, so sind meines Erachtens die ersteren die häufigeren. Bei richtiger Therapie und sexueller Diät verschwinden sie meist von selbst. Eine solche „sexuelle Diät" ist bei Geschlechtsreifen, d. h. bei Männern in der Mitte der zwanziger Jahre, das darf nicht geleugnet werden, eine Regelung des Geschlechtslebens durch normalen Koitus. Ich habe wenigstens beobachtet, daß, wenn die Temporärabstinenten zum normalen Geschlechtsverkehr übergingen, diese Pollutionen meist völlig verschwanden. Natürlich muß hier individuell außerordentlich scharf die Diagnose gefaßt werden, besonders Beruf, Lebensweise, Lebensalter usw., dann aber Stärke der Libido berücksichtigt werden.

Als zweithäufigste Gruppe, aber viel seltener als die nächtlichen Pollutiones nimiae, sind die

3. Defäkations- und Miktionsspermatorrhöen zu betrachten.

Ich sagte schon, sie stellen für den Laien etwas sehr gefährliches vor, weshalb er den Arzt viel eher konsultiert als wegen allzuhäufigen Pollutionen. Für gewöhnlich erfolgt der Abgang des Samens nach der Urinentleerung und während resp. nach der Kotentleerung. Bisweilen soll das Sperma auch vor der Urinentleerung geflossen sein. Ich habe noch keinen solchen Fall beobachtet. Andererseits kommt es ja vor, daß die Urinentleerung nach, nicht vor der Kotentleerung stattfindet. Meist treten die Entleerungen bei hartem Stuhlgang auf, seltener und in vorgeschritteneren Fällen auch bei weichem.

Die atonischen Samenabgänge am Tage, im bewußten Zustande, ohne Ejakulation und Wollustgefühl sind wohl am seltensten. Sie sind aber auch prognostisch am schwersten zu bewerten, meist als Übergang zur Impotenz.

Man hat nun noch von einer

4. Prostatorrhöe gesprochen, d. h. einem Harnröhrenausfluß, der mikroskopisch dem spermatorrhoischen Ausfluß gleicht, der aber keine Spermatozoen enthält, der also aus Bestandteilen des normalen Spermas besteht, wie Prostatakörperchen, Prostatazellen, Böttcherschen Prostatakristallen mit Ausschluß der Spermatozoen und

Zellen der Ductus ejaculatorii. Hammond meint nun, daß dieser Ausfluß der Ausdruck eines bestehenden chronischen Prostatakatarrhs sei und fast beständig aus der Prostata stamme. Das ist falsch. Fürbringer hat gezeigt, daß hier der Zustand der sog. Azoospermatorrhöe vorliegt, d. h. ein Zustand, in welchem im Sperma die Spermatozoen fehlen. Natürlich sind diese Patienten zeugungsunfähig (siehe darüber im III. Kapitel: „Die Sterilität"). Sie haben in ihrem Zustande nur zufällig eine Spermatorrhöe bekommen. Allerdings gibt es auch eine

5. wahre Prostatorrhöe, ein eminent seltenes und für die Allgemeinpraxis gar nicht in Betracht kommendes Leiden, nämlich bei Katarrhen der Prostata. Hier findet man neben den Bestandteilen der Azoospermatorrhöe auch noch Eiterkörper und Epithelien, resp. gar Blut, und zwar

bei einfacher Prostatitis desquamativa: mehr kubische Zellen,

bei Prostatitis suppurativa: Eiterzellen, Epithelien und selbst Blut. Natürlich zeigt sich das schon makroskopisch durch eitriges, resp. blutiges Aussehen des Ausflusses.

Daß die von mir „Urethrorrhöca libidinosa" genannte Erscheinung, d. h. daß bei geschlechtlichen Erregungen einzelne Tropfen an der Harnröhrenmündung sich einstellen, mit Samenergüssen nichts zu tun haben, sondern nur Sekrete der Cooperschen Drüsen sind, habe ich schon erwähnt.

Bei Beginn der krankhaften Samenergüsse stellt das Sperma, genau wie beim natürlichen Koitus, resp. bei der Onanie, ein dickes, trübes, gelatineartiges Sekret dar mit dem spezifischen Spermageruch, mikroskopisch von unzähligen, sich flott bewegenden Spermatozoen durchsetzt, mit vielen Prostatakörnern. Allmählich aber, bei monatelangem Bestehen des Leidens, verflüssigt sich das Sekret genau wie bei übermäßigem normalem Geschlechtsverkehr resp. wie bei häufiger Onanie. Die Prostatakörner werden an Zahl geringer, ebenso die bekannten Böttcherschen Kristalle (das normale Sperma habe ich Band I der vorliegenden Zeugungsmonographien, S. 48—72, geschildert), damit aber auch der spezifische Geruch geringer, d. h. je länger die Spermatorrhöe besteht und je dünnflüssiger das Sekret, desto mehr verliert sich der spezifische und intensive Spermageruch, daher die Angaben einiger Autoren über starken Spermageruch des Urins sehr zweifelhaft aufzunehmen sind, daher andererseits es aber vorkommt, daß selbst Ärzte (ohne mikroskopische Untersuchung des Sekrets natürlich) sich täuschen lassen und nach Beriechung des Sekrets dem Patienten fälschlicherweise erklären, das ist kein Spermaausfluß, denn er riecht ja gar nicht danach!

Ferner zeigen sich bei längerem Bestehen an den Spermatozoen selbst charakteristische Veränderungen, sie leiden nicht nur an Quantität,

sondern auch an Qualität. Je länger das Leiden besteht, desto unfertigere Elemente stellen die Samenfäden dar. In der Hauptsache ist ihre Bewegungsfähigkeit herabgesunken, obgleich man auch bezüglich dieses Punktes sehr vorsichtig sein muß, wenn man das Sekret nicht unmittelbar im Anschluß an den Erguß zur Untersuchung bekommt, also gleichsam „frisch von der Urethra weg", da die Bewegungsfähigkeit der Samenfäden ja allmählich nachläßt. Wenn natürlich im frischgewonnenen Sekret völlig bewegungslose Spermatozoen zu finden sind, so liegt eben nur das Sekret der Samenblasen vor. Bei Prostatasaftzusatz werden dieselben dann zu Bewegungen veranlaßt.

Vielfach findet man Kopf und Schwanz bei den Spermatozoen getrennt, überhaupt die einzelnen Samenfäden mehr oder weniger destruiert. Ja bisweilen findet man, wenn man vom Patienten größere Urinflaschen zur Beobachtung bekommt und das Sediment mikroskopiert, im Gesichtsfeld überhaupt keine Spermatozoen, infolge allzu starker Verdünnung des Spermas durch den Urin.

Der Harn

zeigt bisweilen — bei reichlicher Beimengung von Sperma — schon makroskopisch eine Trübung und einen Niederschlag, der sehr leicht von harnsauren Salzen zu unterscheiden ist, da einfaches Kochen die letzteren und somit den Urin aufhellt, das Sperma als eiweißreiche Flüssigkeit aber koaguliert und als ganz geringes Sediment sich zu Boden setzt (vorausgesetzt, daß kein Harnröhrenkatarrh, Eiter, Blut usw. vorhanden sind).

Die Genitalien zeigen keine Besonderheiten. Atrophie der Hoden, des Penis, Hypertrophie derselben sind ebenso wie bei der Onanie nur Phantasieprodukte der Patienten. Hingegen zeigen die letzteren mehr oder weniger gewisse leichte physische und psychische Erscheinungen. Insbesondere bei Defäkationsspermatorrhöen geben die Patienten an, daß sie sich nach den Ausflüssen ermattet fühlen. Obwohl ich persönlich, im Gegensatz zu anderen Autoren, die Samenausflüsse, wenn sie lange Zeit, Monate hindurch, an Zahl vielfach hintereinander folgen, für körperlich schwächend halte, glaube ich doch, daß bei vielen Patienten hier eine psychische Wirkung mitspricht.

Die unfreiwilligen Samenergüsse stimmen die meisten Patienten psychisch so melancholisch und deprimierend, daß ein Teil der Spermatorrhoiker nicht zu den lebensfreudigen Naturen gehört, sondern zu den Melancholikern und Neurasthenikern. Man findet daher auch neben den spezifischen Erscheinungen der krankhaften Samenverluste andere Erscheinungen der sexuellen Neurasthenie, und zwar mehr oder weniger im bunten Bilde,

1. zerebrale, die sog. sexuelle Zerebrasthenie,
2. spinale, die sog. sexuelle Myelasthenie,
3. lumbale und lokale Genitalerscheinungen.

Die zerebralen sind heftige Kopfschmerzen, Eingenommensein des Kopfes und damit Unfähigkeit, geistig hintereinander zu arbeiten, ohne daß die Gedanken abschweifen. Dazu kommt Schlaflosigkeit, Hypochondrie, Angstgefühle und starke erhöhte Reizbarkeit. Die geistige Erschlaffung und Energielosigkeit und besonders die Gedächtnisschwäche sind Folgen der früheren Onanie.

Die spinalen Erscheinungen der sexuellen Neurasthenie, die mehr oder weniger mit krankhaften Samenverlusten zusammen auftreten können, sind Schwäche und leichte Ermüdbarkeit der Beine, Kreuz- und Rückenschmerzen, Parästhesien und Neuralgien, Druckempfindlichkeit der Wirbel, die sog. Irritatio spinalis, gesteigerter Patellarreflex.

Die lumbalen und genitolokalen Erscheinungen sind Hodenneuralgien, vermehrter Harndrang, kolikartige Schmerzen, Blasenneuralgien, Hyperästhesien usw., besonders der Eichel. Einer meiner Patienten war so hochgradig empfindlich an der Glans, daß eine Berührung derselben unmöglich war. Er vermeidet eine solche Berührung derselben mit den Hosen durch Watteeinführung zwischen Vorhaut und Eichel. Eine Kohabitation ist ihm nur möglich gewesen, wenn der Penis mit vorgezogener Vorhaut eingeführt wurde.

Aber auch die lumbalen Erscheinungen, wie Hodenneuralgien und Hyperästhesie, kommen vielfach bei Spermatorrhoikern im bunten Bilde mit anderen sexualneurasthenischen Symptomen vor. Es sind Neuralgien des Plexus lumbosacralis.

Welchen Einfluß haben die krankhaften Samenverluste auf die Potenz?

Im allgemeinen ist eine Schwächung der Potenz nach Spermatorrhöen doch meist zu spüren, hingegen nicht eine völlige Aufhebung derselben. Die abnorm gehäuften Normalpollutionen verlaufen meines Erachtens fast ganz ohne Schwächung der Potenz. Prognostisch am unheilvollsten sind die Tagespollutionen, d. h. die atonischen Samenabgänge im bewußten Zustande ohne Erektionen und Ejakulationen und ohne Wollustgefühl. Sie sind meist Vorläufer der Impotenz, und zwar auf dem Wege der verfrühten Ejakulationen apud coitum. Diese Formen stempeln auch den

Einfluß der krankhaften Samenverluste auf die Kohabitation

zu einem recht verhängnisvollen. Gerade diese allmählich Impotenten fühlen sich durch den Koitus gewöhnlich außerordentlich erschlafft, nicht bloß körperlich, sondern auch geistig. Sie sind dadurch bisweilen

so angegriffen, daß sie danach ihrer Beschäftigung kaum nachzugehen vermögen. Übrigens findet man, daß die Neigung zu sexuellen Akten bei den Spermatorrhoikern entschieden herabgesetzt ist, die ganze Libido wird gedämpft, was ja auch kein Wunder ist, wenn man bedenkt, daß die pralle Füllung der Samenblasen reflektorisch mit zur Auslösung der Libido im Genitalcentrum des Hirns beiträgt. Die krankhaften Samenverluste haben also entschieden auf das ganze Sexualleben eine deprimierende Wirkung, und dieser Punkt mag es auch sein, der so manche Patienten zu Melancholikern und Hypochondern stimmt. Daß dies aber bis zu Geistesstörungen, wie progressive Paralyse, zu Tabes dorsalis, Paranoia usw., führen soll, ist heute in der wissenschaftlichen Medizin wohl eine abgetane Tatsache, die ein Lallemand, Tissot usw. uns noch glauben machen wollten. Die krankhaften Samenverluste, selbst die schwersten Formen, führen ebensowenig wie ihr ätiologischer Missetäter, die Onanie, hierzu und wohl abnorm selten zum Suicidium, wie ich schon in meiner „Masturbation" dargetan habe. Die ebenfalls hin und wieder geäußerte Ansicht, daß durch die geschlechtlichen Funktionsstörungen eine Perversion des Geschlechtstriebes sich entwickeln könne, weil die Ursache derselben, die Masturbation, dazu führe, ist ebenfalls ins Reich der Fabel zu verweisen. Es handelte sich dann immer um eine a priori homosexuelle Masturbation, d. h. es war hier die Neigung zum gleichen Geschlecht von Anfang an eingeboren, mochte nun die Masturbation allein oder mit anderen ausgeübt werden.

Die

Diagnose der krankhaften Samenergüsse

ist an und für sich ja leicht zu stellen. Besonders die Defäkationsspermatorrhöen können in der Angabe „Samenabgänge resp. schleimiger Ausfluß aus der Harnröhre beim Stuhlgang" kaum verkannt werden. Weit schwieriger ist schon die Diagnose der Miktionsspermatorrhöen, da hier Verwechslungen stattfinden können mit Urethrorrhöea libidinosa, event. gar mit Prostatorrhöea. Entscheidung kann nur das Mikroskop bringen. Die Pollutionen, und selbst die allzugehäuften, können, wenn man sich die oben auseinander gesetzten Kardinalunterschiede zwischen ihnen und den Spermatorrhöen klar gemacht hat, kaum miteinander verwechselt werden.

Der erste Punkt — und vielleicht oft wichtigste bei der Diagnose ist aber — was schon Curschmann, Fürbringer, und ich selbst in einem kleinen Werkchen: „Die krankhaften Samenverluste, die Impotenz und die Sterilität des Mannes" genügend angedeutet — daß man nicht allzuviel der Anamnese des Patienten vertraue. Unter einem Teil von „Spermatorrhoikern" segeln solche, die ihre früher und jetzt noch betriebene Masturbation nicht eingestehen und

dieselbe als krankhafte Samenverluste bezeichnen, weil sie meinen, da beide in ihrem Endeffekt übereinstimmen, geben sie dem Arzte genügende Anhaltspunkte zum therapeutischen Handeln. Aber schon die Frage: „Wie gehen diese Samenverluste vor sich?“ entlarvt diese „Spermatorrhoiker“ als einfache Onanisten. Ich sage diesen Patienten nach ihrer Antwort einfach auf den Kopf zu: Sie haben früher stark onaniert! und frage gleichzeitig: Wie oft onanieren Sie jetzt noch?

Der zweitwichtigste Punkt für die Stellung der Diagnose ist aber die Mikroskopierung des Spermas. Wie soll der Arzt in den Besitz des Spermas kommen? Auf zweierlei Art. Entweder gebe er dem Patienten den Rat, unmittelbar nach der Urinentleerung und Ausstreichen der Urethra von hinten nach vorn (um den Urin möglichst zu entfernen) ein reines *trockenes* Kondom um den Penis zu binden und das aufgefangene Sperma im Kondom zugebunden möglichst frisch dem Arzte zur Untersuchung zu bringen. Das Kondom muß trocken sein, es darf nicht mit Wasser vorher gereinigt sein. Oder noch richtiger mache ich es bei intelligenten Patienten — und die Spermatorrhoiker sind dies meist, da sie fast alle den besseren Kreisen angehören —, so, daß ich ihnen einen Objektträger und ein Deckgläschen mitgebe mit der Weisung, beim Erscheinen des Ausflusses einen Tropfen auf den Objektträger fließen zu lassen, das Deckgläschen darauf zu tun und möglichst bald in etwas Watte eingewickelt in einem Schächtelchen dem Arzte zu überbringen.

Differentialdiagnose.

Um diese zu stellen behufs Unterscheidung zwischen Spermatorrhöen, Urethrorrhöen, Prostatorrhöen, event. schleimigem Ausfluß bei chronischer Gonorrhöe beachte man folgendes:

Zeigen sich im Ausfluß sämtliche Bestandteile des normalen Spermas (siehe Band I vorliegender Zeugungsmonographien, S. 50 ff.), besonders aber im frischen Sekret kräftig sich bewegende Spermatozoen resp. im vor einigen Stunden erschienenen Sekret mehr oder weniger destruierte Bestandteile der Spermatozoen in großer Zahl, *so handelt es sich im allgemeinen um Samenergüsse im weitesten Sinne, d. h. Pollutionen oder Spermatorrhöen.* Sind Spermatozoen nur in geringer Menge vorhanden, so ist darauf zu fahnden, ob Onanie oder viel Pollutionen oder übermäßiger Koitus vorher stattgefunden haben, denn in solchem Falle können in der Harnröhre liegen gebliebene Spermatozoen durch einen beliebigen Ausfluß mit aus der Harnröhre herausgeschwemmt worden sein, ein Zustand, den man als „Pseudospermatorrhöe“ bezeichnet hat, der aber für die Praxis fast belanglos ist, da ja durch die Anamnese der Arzt

schon weitere Anhaltspunkte zur Beurteilung hat. Im allgemeinen kann der Arzt diese „Pseudospermatorrhöe“ als selten vernachlässigen, nur bei den Miktionsspermatorrhöen, wo durch Beimengung des Urins ebenfalls eine größere Verdünnung des Spermas stattfindet, kann bisweilen die Diagnose schwierig werden. Hier empfiehlt es sich, den Urin zu zentrifugieren oder im Spitzglas das Sperma sich sedimentieren zu lassen, mit der Pipette herauszunehmen und zu untersuchen. Ein nur etwas zahlreicher Befund von Spermatozoen ist zur Stellung der Diagnose „Spermatorrhöe“ (oder Pollutionen oder Onanie) berechtigt.

Fehlen hingegen die Spermatozoen bei Befund der übrigen Bestandteile des Spermas, so haben wir die Azoospermie.

Fehlen die Spermatozoen und sind gleichzeitig noch Eiterkörperchen, Epithelien, event. Blut vorhanden, so haben wir chronische Prostatitis.

Fehlen die Spermatozoen und sind außer Genannten noch Gonokokken vorhanden, so liegt chronische Gonorrhöe vor.

Fehlen die Spermatozoen, Eiterkörperchen, Blut usw., so ist notwendig, am Rande des Deckgläschens einen Tropfen einer schwachen Ammoniumphosphatlösung zuzusetzen; bilden sich hierbei die sog. „Böttcherschen Prostatakristalle“, so haben wir die sog. „Prostatorrhöe“, d. h. das Sekret des normalen Prostatasaftes vor uns.

Bleibt aber auch die Bildung dieser aus, besteht das Sekret nur aus einer klebrigen, muzinhaltigen Masse, ohne all die genannten Formelemente, so haben wir den Zustand der „Urethrorrhöea libidinosa“ vor uns.

So lassen sich mikroskopisch, und zwar relativ sehr leicht und schnell, alle krankhaften und nicht krankhaften Ergüsse aus der Harnröhre diagnostizieren.

Die

Prognose

der krankhaften Samenergüsse richtet sich nach den ätiologischen Momenten und nach der Länge des schon bestehenden Zustandes. So finden wir z. B. bei Onanisten, die schon in frühester Jugend mit der Unsitte begannen und in relativ jungen Jahren, noch vor dem 20. Lebensjahre, Miktionsspermatorrhöen bekommen, eine weit schlechtere Prognose als wenn nach kurzfristiger Onanie und in späteren Jahren, wie den Dreißigern, die Spermatorrhöen erst auftreten. Ich habe in meinen „Krankhaften Samenverlusten, der Impotenz und Sterilität“, S. 41, folgendes Schema bezüglich der Prognose aufgestellt:

„a) am leichtesten und der relativ schnellsten Heilung fähig sind die sog. vermehrten Nachtpollutionen. Es folgen dann bezüglich der Schwere

b) die Defäkationsspermatorrhöen, zumal die auf rein nervöser Basis beruhenden. Hiernach würden kommen

c) die Miktionsspermatorrhöen, wo nach resp. vor der Urinentleerung Sperma aus der Harnröhre abfließt. Es ist diese Form schon mit zu den schwereren zu rechnen und eine Herabsetzung der Potenz der Begattungs- und Zeugungsfähigkeit meist die Folge. Zuletzt als schwerste Formen und hinsichtlich ihrer Prognose am ungünstigsten stehen da

d) die atonischen Samenabgänge am Tage, die eng mit der Impotenz verknüpft sind."

Vom ätiologischen Standpunkt aus betrachtet, muß man sagen, „daß die leichtesten Formen von krankhaften Samenverlusten jene sind, die die Folge von sexuellen Exzessen, besonders des Abusus sexualis, darstellen. Hier ist eine vollständige Heilung bald zu erwarten. Schwieriger sind schon jene Fälle, wo Onanie, resp. Coitus interruptus vorliegen. Kommt noch Neurasthenie, also eine neuropathische Disposition dazu, so wird die Prognose schon dubiöser. Auch die auf Erkrankungen der Genitalien beruhenden Formen stellen eine verhältnismäßig noch günstige Prognose, welch letztere bei den Formen, die auf konstitutionellen Erkrankungen oder gar auf Erkrankungen des Zentralnervensystems beruhen, eine triste ist. Es sind dies oft jene Fälle, wo vollständige Impotenz vorhanden ist. Sie sind meist unheilbar. Bezüglich der Prognose des Hauptfolgezustandes der krankhaften Samenverluste, der sexuellen Neurasthenie, möchte ich noch hinzufügen, daß sie durchaus nicht so absolut ungünstig ist, wie sie von manchen Ärzten beurteilt wird. Es richtet sich auch hier nach dem Stadium, in welchem sie stehen. Je frühzeitiger die Behandlung beginnt, und je weniger die sexuelle Neurasthenie das Zentralnervensystem ergriffen hat, desto günstiger die Aussicht. Betreffs der Dauer des Leidens stelle man allerdings die Prognose stets vorsichtig."

Im großen und ganzen wird ja die Prognose der krankhaften Samenverluste mit der der sexuellen Neurasthenie übereinstimmen, eben weil sie nur ein Symptom der letzteren ist. Je mehr die sexuelle Neurasthenie auf das Gebiet der Genitalien beschränkt geblieben ist, desto besser ist auch die Prognose der Spermatorrhöen. Wenn aber das Zerebral- und Dorsalnervensystem stark mit ergriffen sind, wird die Prognose ungünstiger und die Gefahr der folgenden Impotenz durch Vermittelung des Zentralnervensystems größer. Ferner ist gewöhnlich, je älter der Patient, desto günstiger die Prognose, obgleich im allgemeinen der größte

Teil der Fälle von krankhaften Samenverlusten vor dem 30. Lebensjahre liegt.

Im großen und ganzen ist die Prognose der krankhaften Samenverluste nicht so ungünstig, wie sie heute noch von den meisten Ärzten gehalten wird. Ein großer Teil der Ärzte hält krankhafte Samenverluste und Impotenz für gleichwertig, das ist durchaus nicht der Fall. Der größere Teil der Allgemeinpraktiker kommt wohl nicht in die Lage, krankhafte Samenverluste zu behandeln und vermag daher die Erkrankung nicht richtig zu beurteilen, eben weil die ätiologischen Momente nicht genügend berücksichtigt werden. Daß krankhafte Samenverluste ganz von selbst verschwinden, wenn die Patienten mit der Onanie resp. dem Coitus interruptus einhalten, ist eine vielen von ihnen selbst ganz geläufige Tatsache, ebenso, daß neue Masturbations- resp. andere sexuelle Exzesse auch wieder von neuem Spermatorrhöen hervorrufen. Jedenfalls wissen wir heute, daß die düsteren Schilderungen eines Tissot und besonders eines Lallemand, wonach Tabes dorsalis, progressive Paralyse Folgen unserer Krankheit sein sollen, übertrieben sind, daß diese Autoren Ursache und Folge verwechselt haben, daß hin und wieder einmal krankhafte Samenverluste gleichsam das erste Symptom der Tabes sein können, wie meinetwegen gastrische Krisen, daß aber niemals letztere die Folgen der Spermatorrhöen sind, denn dann müßte ja Tabes ebenso Folge der Onanie, des übermäßigen Koitus sein, was zwar ebenfalls von diesen Autoren behauptet wurde, woran aber heute kein wissenschaftlich gebildeter Arzt mehr glaubt. Gerade den Spermatorrhoikern als Sexualneurasthenikern tut das psychische Wiederaufrichten seitens des Arztes durch Stellung einer nicht allzu tristen Prognose doppelt gut und ist hier doppelt notwendig. Jedenfalls sollte der Arzt, der keine krankhaften Samenverluste, welcher Art sie auch sind, in weitere Behandlung nimmt, auch dem Patienten keine so ungünstige Prognose stellen, wie es bisweilen geschieht, damit kann er psychisch den Patienten recht ungünstig beeinflussen.

Therapie.

Das Wichtigste bei der ganzen Therapie der krankhaften Samenverluste ist die Eruierung der ätiologischen Momente. Ein planloses Herumprobieren wird nie zum Ziele führen und nur Zufall sein, wenn man hiermit zur Heilung kommt. Je nach der verursachenden Ätiologie wird die Therapie auch eine ganz verschiedene sein müssen. Getreu dem Grundsatz „cessante causa cessat effectus" müssen wir eine kausale Therapie einleiten, resp. eine prophylaktische, in der Vermeidung der schädlichen Ursache liegende. Dazu kommt dann eine symptomatische.

1. Die Therapie der allein auf Sexualneurasthenie be-

ruhenden Spermatorrhöen ist, da die letzteren nur ein Symptom der ersteren sind, eine solche der sexuellen Neurasthenie selbst. Diese wieder wird, abgesehen von der lokalen Behandlung, nur eine solche der allgemeinen Neurasthenie sein. Es ist nun bekannt, daß die Behandlung der letzteren zu den leider undankbarsten Aufgaben des Arztes gehört. Daß eine „psychische Beherrschung" des Patienten, wie ich es nennen möchte, einer der Hauptfaktoren der Neurasthenie-behandlung ist, ist allbekannt, da ein großer Teil der Neurastheniker und auch Sexualneurastheniker willensschwache, hin und her schwankende Patienten sind, die oft selbst nicht wissen, was sie wollen. Sie bedürfen eines starken Mentors, da besonders den jüngeren Elementen, aus denen sich die Spermatorrhoiker hauptsächlich zusammensetzen und die ja meist Onanisten sind oder waren, Willenskraft und -stärke, bewußtes Handeln unbekannte Dinge sind; also Wahrung der ärztlichen Autorität ist hier psychisch das Wichtigste. Das Taktgefühl des Arztes wird ja auch bald herausfinden, ob hier mehr energisches, schroffes oder wohlwollend entgegenkommendes Auftreten den Patienten gegenüber am Platze ist. Besonders die Umgebung des Patienten ist, wenn möglich, zu berücksichtigen und zu belehren. Einen Spermatorrhoiker nur schelten, daß er unsolid gelebt, wie ich es in einem Falle von seiten des Vaters sah, der dem jungen, studierenden Manne immer nur vorwarf, „Frauenzimmergeschichten" hätten ihn so weit gebracht, wobei er nach eigenem Bekenntnis wirklich nur recht mäßig in sexualibus gelebt hatte, sind nicht angetan, den Patienten psychisch günstig zu beeinflussen, besonders, wenn, wie es gerade bei den krankhaften Samenverlusten der Fall ist, die Patienten sowieso schon zu Schwermut und übertriebenen Ängsten vor den Folgen der Krankheit neigen. Da unser Leiden meist ein solches der besseren Stände ist, rate der Arzt den intelligenten Patienten die Lektüre von medizinischen Werken, die über das Wesen seiner Krankheit ihn aufzuklären vermögen. Gerade über unser Gebiet gibt es eine Menge von Schundliteratur, die oft schon mehr oder weniger in den Händen der Patienten ist und psychisches Unheil gestiftet hat.

Ganz besonders aber möchte ich hier befürworten Abstinenz von allen alkoholischen Getränken. Ich habe in meinen „Grundzügen der Sexualpädagogik" gezeigt, welch unheilvollen Einfluß der Alkohol auf das Sexualleben hat, und gerade bei unserer Krankheit, wo es sich um Insuffizienz der Samenblasen resp. der Ductus ejaculatorii, oft infolge von Entzündung, handelt, unterliegt es für mich keinem Zweifel, daß der Alkohol diese pathologischen Zustände begünstigt. Alkohol ist kein antiphlogistisches Mittel, sondern das Gegenteil. Die Therapie verwendet daher fast durchweg bei Entzündungsprozessen keinen Alkohol. Sicher werden die inflammatorischen

Erscheinungen im Sexualapparat durch den Alkohol angefacht und dadurch gerade das erreicht, was wir vermeiden wollen, eine Verstärkung der Insuffizienzerscheinungen, ganz abgesehen davon, daß ein Teil unserer Patienten junge Männer in einem Lebensalter sind, wo Alkohol für die sexuelle Entwicklung, wie ich loc. cit. auseinandergesetzt, sehr schädigend wirkt. Kleine und mittlere Dosen fachen die Libido an, treiben zur sexuellen Betätigung, die wir hier eine Zeitlang ausschalten wollen und damit — deficiente natura — wieder zur Onanie. Er schafft also wieder den Missetäter zur Stelle, der an erster Stelle die sexuelle Neurasthenie und die Spermatorrhöen verschuldet. Denn gerade die so außerordentlich frühzeitig sich der Onanie ergebenden Kinder sind meist solche, die ständig Alkohol in der Jugend bekommen. Unsere Neuropathologen sind sich heute wohl einig darüber, daß Alkohol einer der gefährlichsten Feinde der Neurasthenie überhaupt ist, und in allen besser geleiteten Sanatorien für Nervenleiden wird Alkohol heute wohl nicht mehr verabreicht. Also Alkohol ist nach meinem Dafürhalten, weil 1. ein Phlogistikum, ein die Entzündung steigerndes Mittel, 2. ein Aphrodisiakum, ein die Libido anregendes Mittel, 3. ein Nervengift par excellence, weil die geistige Energie und die Tätigkeit der Nervenganglien lähmend, für den Spermatorrhoiker, entgegen Fürbringer, der nicht völligen Abschluß von Wein und Bier befürwortet, streng zu verbieten.

Bezüglich des Tabakgenusses für die sexuelle Sphäre dürfen wir wohl nicht so streng rechten, obgleich er, besonders in Form der Zigaretten und in größeren Mengen genossen, den Sexualneurasthenikern auch zu verbieten ist.

Neben diesen negativen Verordnungen ist für den Praktiker das wichtigste bei der Therapie die positive der Hydrotherapie. Ohne näher auf dieselbe hier einzugehen, möchte ich für die Sexualneurasthenie besonders die lokale Hydrotherapie anrufen in Form von kälteren Sitzbädern, 1—3 Minuten, dann kalte Abwaschungen der Genitalien oder noch richtiger kalte Abreibungen ohne Trockenreiben, kalte Duschen auf das Genitale. Ganz besonders aber ist nach meinen Erfahrungen bei Spermatorrhoikern die beste „Hydrotherapie" gelegen im Schwimmen, und zwar in kühlerem Wasser von 18—20° R. Den besten Erfolg von allen Erholungskuren finde ich hier, wie auch bei Impotenten, in Seebädern, Ostsee- und besonders Nordseebädern mit kräftigem Wellenschlag, in Fällen, wo dies nicht angeht, in Schwimmbädern in den städtischen Schwimmbassins. Sie sind weit wirkungsvoller als Bergsteigekuren im Hochgebirge, die bei Sexualneurasthenikern recht selten angebracht sind.

Eine sehr gute hydrotherapeutische Maßnahme ist die Benutzung

der Kühlsonde, des sog. „Psychrophors". Es ist dies ein geschlossener Stahlkatheter à double courant, in welchem das kalte Wasser den ganzen Katheter durchläuft und damit die ganze Harnröhre bis in die Blase mit fließendem kalten Wasser, dabei doch trocken, berieselt. Ich benutze keine zu dicke Nummer, Charrière Nr. 18, und nehme hier Wasser von 15—10⁰ R und lasse 15—25 Minuten lang dies durchlaufen. Die Kur muß ca. 4 Wochen, bei zwei- bis dreimaliger Anwendung pro Woche, fortgesetzt werden. Sie trägt ganz entschieden zur Tonisierung der atonischen Geschlechtsmuskulatur bei. Allerdings sah Fürbringer zwei seiner Patienten während dieser Behandlung impotent werden. Man darf nicht vergessen, daß die krankhaften Samenverluste auch ohne Kühlsonde zur Impotenz führen können. Ebenso ist der Arzbergersche Mastdarmkühler anwendbar, obwohl ich die Kühlsonde für wirksamer halte.

Überhaupt kann der gesamte hydrotherapeutische Apparat in Kaltwasserheilanstalten von recht gutem Nutzen sein, und zwar planmäßig angewandt, in der Kältewirkung allmählich steigernd.

Vor den lauwarmen Bädern, Duschen und Abreibungen möchte ich im großen und ganzen doch warnen, sie führen vielmehr zu einer Erschlaffung als zu einer Kräftigung der insuffizienten Muskulatur. Ich bin auch heute noch der Ansicht, daß man möglichst kühl vom Beginn an vorgehen soll, denn es liegt „die Hauptwirkung im Kontrast, der die Reaktion bedingt". (Krüche.) „Ganz warme Abreibungen, wie von 28⁰ und darüber, halte ich sogar für direkt schädlich. Die Waschungen des Körpers soll man möglichst am Morgen vornehmen, und zwar des ganzen Körpers, zuletzt noch speziell der Genitalien. Der Betreffende sitzt dabei auf einem Stuhl oder steht auf einer Gummiunterlage (zusammenlegbare Gummibadewanne, in einer Waschschüssel usw.) und beginnt am entblößten Körper, vom Hals anfangend, in langen, raschen Zügen bis zu den Genitalien den ganzen Oberkörper mit einem in kaltes Wasser getauchten nassen Schwamm oder Handtuch abzureiben. Hierauf werden mit einem leinenen Tuche die betreffenden Körperteile mehr durch Abklatschen als durch Abreiben getrocknet und wieder bedeckt. Die Genitalien und ebenso die Kreuzgegend lasse ich noch einmal extra, aber möglichst schnell, dieser Prozedur unterwerfen. Die Temperatur des Wassers sei im Sommer Brunnen- resp. Wasserleitungswasser, im Winter Wasser von ca. 15—20⁰ R, je nach der Empfindlichkeit des Patienten. „Auch Übergießungen mit kaltem Wasser (in Form einer Dusche per Gießkanne) sind bei robusten Personen angezeigt. Durch die kalten Abwaschungen und Abreibungen wird die Spannung im Arteriensystem der betreffenden Organe, der Genitalien vermindert, das Blut aus den inneren Organen nach der Haut transportiert und hierdurch direkt einer venösen Stauung in den

Geschlechtsorganen vorgebeugt. Hierauf beruht ja die Wirkung der kalten Abwaschungen bei selbst heftigen Erektionen. Direkt vor dem Zubettgehen dürfen diese Prozeduren nicht vorgenommen werden, weil die sogleich darauf folgende Bettwärme als Gegenreaktion die geschlechtliche Tätigkeit anregen würde“ (Rohleder, Masturbation, S. 304/305).

Was die sonstige Allgemeinbehandlung der Sexualneurasthenie anbelangt, so hat v. Schrenck-Notzing besonders der Suggestivbehandlung das Wort geredet. Ich muß gestehen, daß ich, obwohl ich keine persönlichen Erfahrungen darüber habe, derselben doch nicht viel zutraue. Diese Behandlungsmethode, die z. B. bei den perversen Erscheinungen des Sexuallebens, wie der Homosexualität u. a., total Fiasko gemacht hat, dürfte auch bei den auf allgemeiner sexueller Neurasthenie beruhenden krankhaften Samenergüssen sehr wenig ausrichten, denn einen Tonus der erschlafften Muskulatur der Ductus ejaculatorii werden wir selbst durch jahrelange Suggestionstherapie nicht herbeiführen, wohl aber dürfte der gesamte hygienisch-diätetische Behandlungsapparat, sowie körperlicher Sport jeder Art, wie Lawn-Tennis, Fußballspielen, Turnen, Zimmergymnastik, Wintersport (aber nicht Reiten und Radfahren) sowie körperliche Ausarbeitung jeder Art bei der Sexual- wie allgemeinen Neurasthenie wohl angebracht sein. Auf die Einzelheiten brauche ich hier wohl nicht einzugehen. Nur eins möchte ich noch speziell betonen, nämlich den Genuß größerer Flüssigkeitsmengen, selbst Wassers, unmittelbar vor dem Schlafengehen zu vermeiden, damit die während der Nacht gefüllte Harnblase nicht auf die Samenblasen drücke und dadurch zur Auslösung einer Miktionsspermatorrhöe beitrage. Die Abendmahlzeit werde mindestens 3 Stunden vor dem Zubettgehen eingenommen und Flüssigkeit nicht mehr getrunken, der Urin vor dem Schlafengehen noch einmal gelassen. Der Patient liege nicht auf dem Rücken, sondern auf der Seite, benutze möglichst kein Federdeckbett, keinesfalls ein Unterbett, sondern bloß Matratze und zum Zudecken leichte Decke. Auch sexuell erregende Lektüre wirkt vor dem Schlafengehen ungünstig.

Ferner muß ich hier noch die elektrische Behandlung erwähnen. Einige Autoren, wie Orlowski, wenden die endourethrale Faradisation resp. Galvanisation an, derart, daß eine Sonde in die Urethra eingeführt wird, durch die dann ein faradischer Strom gesandt wird. Ich persönlich wende nur die Faradisation des Mastdarms an durch Felekiinstrument, das mit einem Spamerschen Faradisationsapparat in Verbindung gebracht wird. Durch allmähliche Verstärkung erreicht man hier eine Kräftigung der Samenblasen-, Prostata- und Dammmuskulatur. Aber auch die äußere Faradisation, also längs des Dammes, ist einfach und wirksam, die andere Elektrode kommt aufs Lendenmark. Man

nehme einen mittleren, nicht zu starken Strom, so „daß er eben noch empfunden wird" (Ultzmann). Die endourethrale Faradisation ist eine sehr schmerzhafte und aufregende Methode und von den besten Autoren, wie Fürbringer, Finger, verlassen. Letzter Autor warnt direkt vor derselben nach seinen Erfahrungen. Die

Therapie der auf Onanie beruhenden Samenergüsse

ist natürlich in erster Linie Einstellung der ersteren und Bekämpfung der durch dieselbe entstandenen anderweitigen Folgen. Die Hauptsache ist bei der Onanie die Prophylaxe, besonders schon in der Schulzeit (vgl. meine „Masturbation", S. 259—340). Für uns kommt die Therapie der Onanie besonders in Betracht, eben weil ein sehr großer Teil der Spermatorrhöen Folge der Onanie ist.

Es ist merkwürdig, zu beobachten, wie bei dem einen hereditär nicht nervös belasteten jungen Manne nach relativ kurzer Zeit Samenverluste sich zeigen, während andere bei jahre- und selbst jahrzehntelanger Onanie trotz nervöser Belastung nicht dazu kommen. Das „Warum" dieser Erscheinung entzieht sich unserer Kenntnis. Wenn hier aber bei der Bekämpfung der Onanie die Prophylaxe die Hauptsache ist, so fällt eben nicht den Ärzten, sondern den Erziehern des Menschengeschlechts, d. h. dem Elternhause und der Schule, hier die Hauptrolle zu. Ich will nur wiederholen, was ich in meinen „Krankhaften Samenverlusten, der Impotenz und der Sterilität des Mannes", S. 43, gesagt habe:

„Wenn man bedenkt, wie unglaublich verbreitet das Übel der Onanie schon unter den Schulkindern und dann in der erwachenden Pubertätszeit ist, so muß man sich fragen, wie es möglich ist, daß wohl in den meisten Familien die Eltern nichts dagegen tun, ja meist gar keine Ahnung haben, daß ihre Kinder Onanisten sind. Das erste, was daher den Eltern eingeprägt werden sollte, ist, in der Zeit der erwachenden Geschlechtslust und schon vorher ihre Kinder streng zu beobachten und bei jedem Kinde, es sei auch noch so wohl erzogen, Argwohn zu hegen und im geheimen die Kinder, ihr Tun und Treiben ihre Leib- und Bettwäsche unter steter Kontrolle zu haben, um bei geringstem Verdacht streng dagegen einschreiten zu können."

Das beste Präventivmittel ist eine von früher Jugend an geübte Erziehung zur Willensstärke, zur Selbstbeherrschung.

Die Therapie der auf übermäßigem Koitus beruhenden krankhaften Samenergüsse

muß zunächst darauf gerichtet sein, die Patienten zu überzeugen, daß sie durch allzustarke sexuelle Tätigkeit sich und ihr Nervensystem geschädigt haben resp. noch schädigen. Es klingt dies sehr einfach, ist es

aber bisweilen durchaus nicht. Gerade unter denjenigen Patienten, welche sehr frühzeitig dem sexuellen Verkehr sich zuwenden, in den Entwicklungsjahren noch, also ca. 17.—20. Lebensjahr, findet man vielfach junge Leute, die der Meinung sind, ein möglichst ausgiebiger sexueller Verkehr sei, besonders zur Entwicklung der „Mannbarkeit", notwendig. Ich habe loc. cit., S. 46, an einem Fall aus eigener Praxis gezeigt, bis zu welchen Maßnahmen bei einem 17jährigen Gymnasiasten ich schreiten mußte, um ihn von seinem starken Verkehr mit Dirnen abzubringen.

Die

Therapie der auf Coitus interruptus beruhenden Samenergüsse

kommt in praxi wenig in Frage, weil meines Erachtens der Coitus interruptus relativ selten dazu führt, er führt weitaus mehr zur Impotentia psychica. Weitaus schwieriger ist es, die Patienten zu überzeugen, daß der Coitus interruptus die Ursache der Samenergüsse ist oder wenigstens mitgewirkt hat, denn sie können sich nicht denken, daß allein durch das Zurückziehen ante ejaculationem ein Schaden entstehen könne. Hier hat der Arzt die Pflicht, neumalthusianischen Verkehr anzuraten. Viele Anhänger des Coitus interruptus sind dazu gekommen, weil irgendein Anticoncipiens sie im Stich gelassen. Man kombiniert hier am besten in der Anwendung neumalthusianischer Mittel, männlicherseits ein Schafcoecalkondom (Fischblase), weiblicherseits ein Mensinga- oder anderweitiges gutes Pessar mit einer medikamentösen Scheidenspülung unmittelbar post actum.

Weit wichtiger ist die

Therapie der auf Genitalerkrankungen beruhenden Spermatorrhöen.

Sie ist vorwiegend eine lokale und — wie ich hier gleich sagen möchte — meist recht wirksame, ja die wirksamste aller Behandlungsmethoden. Sie ist nur anwendbar bei jenen Formen, die auf chronisch-gonorrhoischer Urethritis posterior beruhen resp. die eine entzündliche Affektion der hinteren Harnröhre, eine Urethritis posterior catarrhalis und besonders eine Colliculitis hervorgebracht haben.

Der Behandlungsmethoden gegen die Urethritis posterior gibt es Legionen. Die Lehrbücher von Finger, Oberländer-Kollmann, Zeissl, Josef u. a. gehen näher darauf ein. Mehr oder weniger bezwecken sie, das heilende Medikament in die hintere Harnröhre zu bringen. Ich vermag nicht alle Methoden hier anzuführen. Der größte Teil ist Eigentum der Spezialisten und für die Allgemeinpraxis nicht an-

wendbar. Als besonders empfehle ich Oberländer-Kollmanns Dilatationsmethode mittels gebogener Sonden, mit 20 Charrière beginnend, bis 27 Charrière gehend und dann anschließend die weitere Dehnung mittels Oberländers zweiteiligem oder Kollmanns vierteiligem hinteren Dilatator, allmählich bis 40 dehnend. Danach Argentum nitric.-Spülungen $^{1}/_{2000}$ bis $^{1}/_{1000}$.

Als zweitbeste Behandlungsmethode der chronischen Gonorrhöe, auch für den praktischen Arzt leicht anwendbar, möchte ich die Injektionen mittels Ultzmannschen Irrigationskatheters oder noch besser mittels Guyonschem Katheder nennen. Man führt das aseptische, gut eingefettete Instrument, so lang es ist, ein wie einen gewöhnlichen Stahlkatheter ein und injiziert dann mittels einer aufgesetzten Pravazspritze 1,0 einer 5—10—20prozentigen Argent. nitr.-Lösung. Auch Cuprum sulfuricum (5proz.) gibt bisweilen gute Resultate, doch bin ich in letzter Zeit fast nie von der Arg. nitr.-Lösung abgewichen. Diese Methode ist leichter ausführbar als erstere. Nur wenn Patient auswärts auf einem kleinen Orte wohnt und der betreffende Landarzt auf eine der genannten Methoden sich nicht einlassen kann, rate ich noch die Stephanschen Urethrophore oder Noffkeschen Urethralstäbchen ohne Spirale nach dem bekannten Urologen Lohnstein, Berlin, und zwar am besten mit Arg. nitric. 2—5% oder Argonin in derselben Stärke. Dieselben sind ca. 15—22 cm lang, doch sind sie relativ teuer. Die kürzeren, nur 5—6 cm langen Bougies für die hintere Harnröhre (mittels des sog. Arzneistäbchenträgers", der „Urethralpistole" von Löbner, des „Porte-remède" von Michelson und ähnlicher Instrumente einzuführen) sind für den Patienten mit viel mehr Schwierigkeiten verbunden (Asepsis!) und empfehlen sich nicht.

Früher habe ich auch mittels der Salbenspritzen, der Tomasolischen oder Stephanschen Salbenspritze, 5—10% Salben eingespritzt oder vielmehr eingepreßt. Ich bin aber davon abgekommen, weil sich mit denselben bei weitem nicht so sauber und einfach hantieren läßt als mit den Guyonschen Instillationskathetern. Merkwürdigerweise hält Finger die „lang anhaftende" Salbeninjektion für die energischste. Ich halte sie für am wenigsten wirksam, denn abgesehen davon, daß das Fett nicht so in alle Schleimhautfalten eindringt wie Wasser, verlieren meines Erachtens die Medikamente auch einen Teil ihrer Wirksamkeit in den Fetten.

Alle diese Einspritzungen macht man jeden zweiten und dritten Tag, also ca. zwei- bis dreimal pro Woche. Im großen und ganzen ist aber, wie fast alle Urologen und Syphilidoologen anerkennen, die Methode mittels Dehnungen resp. Spülungen und Instillationen von Arg. nitr. die beste Behandlung der Gonorrhoea chronica.

Bei chronischer Prostatitis glandularis, wie dies bei Gonorrhöe

oft der Fall ist, ist diese Methode zu kombinieren mit einer Massagekur der Prostata, am besten mit dem Felekischen Apparat, weil für gewöhnlich der Finger als Massageinstrument nicht so weit hinaufdringt als letzteres Instrument. Gleichzeitig gibt man, nach vorheriger Reinigung des Mastdarms mittels Klystiers mit der Spülkanne, eine Ichthyollösung (10%) oder Jodjodkalilösung zur Injektion in den Mastdarm mit einer gewöhnlichen Mastdarminjektionsspritze oder einer sog. Oidtmannschen Spritze, die ca. 8 g faßt. Auch Suppositorien mit Ichthyol (0,5 ad 2,0 Butyr. Cacao) oder Jodi 0,05, Kal. jodat. 0,5, Butyr. Cac. 2,0 sind empfehlenswert.

Was die

innere Behandlung der Spermatorrhöen

anbelangt, so bin ich, entgegen Orlowski, mit Fürbringer u. a. entschieden für innere Darreichung von Secal. cornut. in irgendwelcher Form. Ich verwende gewöhnlich Extract. secal. cornut. fluid., dreimal täglich 25 Tropfen, als einfachstes und billigstes Mittel. Aber auch Ergotin, Ergotin Bonjean (5,0 Pulv. et succ. liquir. qu. s. f. pilul. L. 3 × tgl. 1 Pille). Auch Cornutin. citricum (das Alkaloid von Secale, 0,1 auf ca. 60 Pillen, nur recht teuer!) tun dieselben Dienste. Es hat eine gewisse adstringierende Wirkung auf die Samenblasenmuskulatur. Ich habe hin und wieder, wenn auch selten, allein durch Diät, Stuhlregelung und Secale leichtere Defäkationsspermatorrhöen schwinden sehen. Für gewöhnlich allerdings ist dies nicht der Fall. Einen gewissen unterstützenden Wert hat aber dieses Mittel doch. Ferner ist notwendig Regelung des Stuhles durch irgendwelche leichtere Abführmittel und Diät. Dann Regelung der Lebensweise, der körperlichen Tätigkeit usw. Auch Herabsetzung der Fleisch-, Erhöhung der vegetabilischen Nahrung und roborierende Diät (Milch, Eisen, Arsen, Phytin usw.) kann die Therapie mit unterstützen.

Hingegen verordne ich nie, wie vielfach bei krankhaften Samenergüssen noch geschieht, Brom und Baldrianpräparate, denn da es sich um Erschlaffung der Ductus ejaculatorii handelt, kann man durch diese beruhigenden und erschlaffenden Mittel nicht nur nicht zur Tonisierung dieser Muskulatur beitragen, sondern eher entgegenwirken. Hingegen finden dieselben beste Anwendung bei der Behandlung der normalen, nur krankhaft gehäuften Pollutionen, wie ich am Schluß dieses Abschnittes noch zeigen werde.

In letzter Zeit hat auch bei einigen Urologen eine intraurethrale Behandlung Platz gegriffen, die aber durchaus nicht allgemeiner Anerkennung sich erfreut, die Colliculusätzung, mit Argentum nitricum in Substanz und Abspülung des Überschusses mit NaCl-Lösung. Das Betupfen mit schwachen Lösungen soll nutzlos sein, weil Lösungen bis

7% wenig wirksam seien und 10—15% mehr schmerzen sollen. Es ist schwer einzusehen, wie eine 10prozentige Lösung stark und eine 20prozentige sehr wenig schmerzen soll. Ferner wird noch verwandt die Galvanokaustik des Colliculus, eine äußerst schmerzhafte Methode, bei der nach Orlowski selbst eine vorherige Pinselung mit 20prozentiger Kokainlösung nicht viel helfen soll. Zwar sollen nach diesem Autor sofortige heiße Sitzbäder von 40—41° C und innere homöopathische Dosen von Cantharis die Reaktionserscheinungen wesentlich vermindern. Diese Methode ist meines Erachtens aber außerordentlich angreifend. Ich betone nochmals, daß ich persönlich die Galvanokaustik des Colliculus noch nicht ausgeführt, da ich mit der schonenden Behandlung mit 5—10—20prozentigem Argent. nitric. recht gute Erfolge sah. Diese letztere ist nach meinen Erfahrungen durchaus nicht „wenig wirksam", besonders wenn man allmählich steigernd, erst 5-, dann 10-, dann 15-, zuletzt 20prozentige Lösungen verwendet. In einigen wenigen Fällen bin ich bis 25prozentiger Lösung als Maximum geschritten. Andererseits sah ich einen Zahnarzt, einen starken Sexualneurastheniker, der wegen seinen Pollutionen mit Colliculuskaustik von einem Urologen behandelt worden war und darauf hilfesuchend sich an mich wandte, in einem wirklich bejammernswerten Zustande. Nicht nur, daß er einen recht starken schleimig-eitrigen Ausfluß mit Hämaturie, sehr starkem Brennen beim Urinieren und fast ständigen Urindrang davongetragen hatte, auch sein Allgemeinbefinden hatte beträchtlich darunter gelitten, Schlaflosigkeit und psychische Depressionen quälten ihn. Ich kann mich den Warnungen Fürbringers, „daß die Vor- und Nachteile einer topischen, zumal irritierenden Therapie auf das Skrupulöseste von Praktikern abgewogen werden müssen, soll anders nicht eine bedenkliche Verschlimmerung der Samenverluste und des Grundleidens zu beklagen sein", wenigstens derartig enragiertem Vorgehen gegenüber nur anschließen. Die Colliculuskaustik und die Ätzung mit Arg. nitric. in Substanz sind scharfe Vorgehen, die genau bedacht werden sollten. Ich persönlich stehe diesem Vorgehen strikt ablehnend gegenüber.

Für diejenigen Ärzte, die Spermatorrhöe infolge von Sexualabstinenz annehmen, folgt natürlich, daß sie therapeutisch eine — sozusagen systematische Beischlafskur verordnen müßten (vorausgesetzt, daß die Potentia coeundi ungeschwächt ist), gleichsam um gegen die Überfüllung der Samenblasen Abhilfe zu schaffen. Sie nehmen eine sog. „Depletionsspermatorrhöe" an. Eine solche existiert aber nicht. Wie ich früher (S. 38/39) auseinandergesetzt habe, ist Sexualabstinenz nie die Ursache von funktioneller Atonie der Samenblasen resp. irgendeiner Funktionsstörung der Zeugung. **Daher ist therapeutische Anempfehlung des Koitus zur Heilung von krankhaften Samenverlusten bei Sexualabstinenz nicht nur ein Nonsens, sondern im Hinblick**

auf die mit dem unehelichen Beischlaf verbundenen Gefahren der Infektion ein Vergehen. Dieselben Verhältnisse, wie bei Masturbation, Homosexualität, gelten mutatis mutandis auch bei Spermatorrhöen bezüglich der Empfehlung des illegitimen Beischlafs. Derselbe ist hier nicht nur kein Heilmittel, sondern kann sogar Schaden bringen. Der Arzt, der dies tut, kann sehr unangenehme Folgen seiner Verordnung erleben.

Wohl aber — das darf nicht geleugnet werden — kommen bei längerer Temporärabstinenz häufiger Pollutionen, aber wohl verstanden, Normalpollutionen, vor. Ganz naturgemäß, denn ein von Zeit zu Zeit stattfindender Koitus ist ein normaler Regulator zur Ausstoßung des angesammelten Spermas und insofern ein „Heilungsfaktor" für etwaige Pollutiones nimiae infolge von Temporärabstinenz, aber nicht für krankhafte Samenergüsse, mögen es nun Tagespollutionen bei erschlafftem Gliede oder Miktions- oder Defäkationsspermatorrhöen sein. Da die Pollutiones nimiae aber kein schweres pathologisches Vorkommnis sind, sondern nur ein sozusagen normales Abzugsventil des Körpers (das infolge irgendwelcher nervösen Störung zu viel funktioniert) zur Entleerung des angesammelten Spermas, halte ich hier Anempfehlung von unehelichem Beischlaf für ein viel zu gewagtes therapeutisches Vorgehen, andererseits diesen Zustand für nicht schwer genug, um zum Eingehen einer Ehe anzuraten.

Es gibt nun noch eine

instrumentell-mechanische Therapie der krankhaften Samenverluste,

d. h. mittels mehr oder weniger sinnreich konstruierter mechanischer Vorrichtungen, welche die Samenabgänge verhindern sollen, also gleichsam mittels „Samenausflußverhinderungsinstrumenten". Sie dienen alle gegen Pollutionen, nicht Spermatorrhöen. Am bekanntesten ist ein aus zwei konzentrischen Ringen bestehendes Instrumentchen, dessen innerer Ring leicht federt und zur Aufnahme des erschlafften Gliedes bestimmt ist, dessen äußerer Ring eine Menge mehr oder weniger feiner, nach innen zu gerichteter Spitzen trägt, die bei Erektion des Penis in denselben sich eindrücken. Es muß anerkannt werden, daß dieser „Pollutionsring", oder richtiger gesagt „Pollutionsverhinderungsring", wenn er recht scharfe Zacken hat, den Patienten bei erwachender Erektion zu wecken vermag. Wenn letzterer nun genug Energie besitzt und den Ring liegen läßt, vermag er zur Unterdrückung der Pollution durch Auslösung von Schmerzempfindungen, dadurch zur Unterdrückung der Libido, beizutragen. Ein gewisser psychischer Effekt ist daher manchmal zu konstatieren.

Andererseits aber kann der Arzt es erleben, daß der Patient bei näherem Forschen ihm gesteht, er habe nach dem Erwecken den Ring abgenommen, um — zu masturbieren. Der Wille ist zu schwach. Daß der Pollutionsring natürlich beginnende Ejakulationen nicht mechanisch

zu verhindern vermag, da dieselben dem Ejakulationszentrum unterstehen, ist natürlich sicher. Aber der Patient glaubt, daß selbst beginnende Ejakulationen durch den Ring noch unterdrückt werden können. Übrigens ist neuerdings Prof. Näcke in einem Aufsatz: „Über Pollutio interrupta" (Deutsche med. Wochenschr. 1909, Nr. 34) dafür eingetreten, daß dies durch Willensenergie möglich ist. Ich habe meine entgegengesetzte Meinung ausführlich in der zitierten Arbeit: „Die libidinösen Ausflüsse und der Orgasmus", Berliner Klinik, Heft 257, dargetan und muß hier darauf verweisen. Nur darauf möchte ich auch hier hinweisen: Läßt sich seitens des Patienten eine begonnene Pollution noch unterdrücken, dann müßten die „Pollutionsverhinderungsringe" unfehlbare Mittel sein bei nötiger Energie der Patienten. Die wenigen Erfahrungen, die ich mit diesem Instrument gesehen, sprachen dagegen. Ich habe nie einen derartigen Ring verordnet. Die Patienten kamen zu mir, weil der von selbst gekaufte und angelegte Ring die Pollutionen nicht verhindert hatte, außerdem vermag er bisweilen bei dementsprechender Veranlagung masochistische Gefühle hervorzurufen! Also mehr Gründe, denselben zu verbieten als zu empfehlen.

Gegen die Spermatorrhöen hat man „Prostatakompressorien" angewandt, die durch Druck auf die Prostata von hinten den Samenabfluß verhindern sollen, die aber in Wirklichkeit durch den Druck eher Samenabgang hervorrufen. Sie erinnern mich lebhaft an die „Sicherheitsschwämmchen" beim neumalthusianischen Verkehr, die in Wirklichkeit aber mehr „Unsicherheitsschwämmchen" sind, wie ich sie getauft habe.

Neuerdings hat man neben dem Pollutionsring auch ein Instrument „Antipolut" konstruiert, bei welchem eine leichte Federung bei Beginn der Erektion einen elektrischen Kontakt und damit ein Wecksignal auslöst. Nun kann der Patient, aufgeweckt, seine Blase entleeren, kühlende Umschläge machen und somit die drohende Pollution beseitigen. Natürlich wird er damit die ständig weitergehende Spermatogenese, die damit verbundene Erweckung des Sexualtriebes, und besonders die Füllung der Samenblasen nicht verhindern. Es können durch das Instrument also die Pollutionen höchstens hinausgeschoben, niemals aber, da sie physiologische Erscheinungen sind, beseitigt werden, besonders bei abstinent lebenden Patienten. Ob, wie Lissmann meint, die Samenergüsse damit an Zahl wirklich „ganz erheblich" reduziert werden können, ist mir aus diesem Grunde noch nicht ganz einleuchtend.

Der Antipolut ist zu beziehen vom Fabrikanten Katsch, München, für 9,10 M.

Die Behandlung der Pollutiones nimiae, der normalen nächtlichen, nur krankhaft gehäuften Samenabgänge muß natürlich eine ganz andere sein als durch Verhinderungsinstrumente,

aber auch eine andere als der Spermatorrhöen, da es sich hier um andere Prozesse handelt.

Hier finde ich als eines der besten Mittel die Kühlsonde, den Winternitzschen Psychrophor, dessen Gebrauch ich schon bei Behandlung der auf sexueller Neurasthenie beruhenden Spermatorrhöe näher beschrieb. Gleichzeitig ist hier, im Gegensatz zur Behandlung der Spermatorrhöen, das Brom am Platze, da es sich hier nicht, wie dort, um einen erschlafften Tonus, sondern im Gegenteil um einen eher zu starken Tonus resp. Turgeszenz der Samenblasen- und Ausführungsgängemuskulatur resp. einen Reizzustand der Nerven derselben handelt. Die einfachste und billigste Verordnung ist das Sandowsche Bromsalz, das in demselben Verhältnis wie das Erlenmeyersche Bromsalz (Natr. et. Kal. bromat. āā 2, Ammon. bromat. 1,0) zusammengesetzt ist und abends vor dem Schlafengehen ½—1 Meßglas (im Deckel des Gefäßes) in gewöhnlichem oder Zuckerwasser oder Selterwasser genommen wird. Auch die Hadraschen Bromtabletten à 1,25 (Natr. bromat., Kal. bromat. 0,5, Ammon. br. 0,25) sind sehr empfehlenswert und billig. Sie eignen sich besonders für Patienten, die viel reisen müssen. 1—2 Tabletten abends in Wasser gelöst zu nehmen.

Ferner sind empfehlenswert die Verbindungen von Brom mit Acid. valerianicum, das Valisan, am billigsten in Form eines Origglases Valisanperlen à 30 Stück à 0,25, abends 2 Pillen, auch die Valylperlen sind empfehlenswert.

Stärker wirkt Bromural (Baldriansäure mit Harnstoff). 1 Origglas Bromuraltabletten à 20 Stück à 0,3. Abends vor dem Schlafengehen 1—2 Tabletten.

Manche Ärzte verordnen auch reine Schlafmittel, wie Veronal (1 Origglas à 10 Tabletten), am besten mit Kakaoüberzug. Billiger ist sein Ersatzpräparat Acid. diaethylbarbituric. à 0,5. Abends 1 Tablette in warmer Flüssigkeit einige Stunden vor dem Zubettgehen zu nehmen.

Ebenfalls recht empfehlenswert ist Veronalnatrium (Medinal), das ich des schlechten Geschmacks wegen in Stuhlzäpfchenform gebe. Rp. 1 Origdos. Medinalsuppositor. à 0,5. S. abends 1 Zäpfchen einzuführen. Auch Adalin ist ein gutes Präparat. S. abends 1—2 Tabletten, ferner Luminal (1 Origglas à 0,03 Tabletten), abends 1 Tablette zunehmen.

Die anderen Mittel habe ich nie versucht. Jedenfalls greife ich nie zu den schwereren, wie Opiaten. Opium, Morphium, Codein, Heroin kann man wohl stets entbehren.

Im übrigen dieselbe physikalische und diätetische Therapie wie bei der Sexualneurasthenie.

Lißmann (Med, Klinik 1913, 22) empfiehlt bei den pathologischen Pollutionen die Styptica, wie Hydrastis, Styptol, Stypticin, die auf den „Utriculus masculinus“ tonisierend wirken sollen.

2. Die Impotenz des Mannes (Impotentia coeundi).

Definition.

Unter Impotenz versteht man das Unvermögen, den Beischlaf normaliter auszuüben, d. h. das Unvermögen, den natürlichen Koitus mit dem anderen Geschlecht zu vollziehen. Es ist dies streng zu unterscheiden von dem Unvermögen, zu zeugen. Wie jeder weiß, ist Koitieren und Zeugen zweierlei, denn nicht jedem Koitus folgt eine Zeugung, nicht jeder Koitus ist befruchtungsfähig. Der Begriff Impotenz umfaßt daher zwei Arten des geschlechtlichen Unvermögens.

1. Die Impotentia coeundi, das Unvermögen, den Beischlaf zu vollziehen durch Immissio penis in vaginam.

2. Die Impotentia generandi, das Unvermögen, zu zeugen.

Die Impotentia coeundi beruht meist auf mangelnder Erektionsfähigkeit des Gliedes resp. auf fehlender Libido.

Die Impotentia generandi beruht auf mangelnder Befruchtungsfähigkeit des Spermas infolge Fehlens der Spermatozoen (Aspermie) oder krankhafter Beschaffenheit derselben (Azoospermie resp. Asthenozoospermie) oder Erloschensein der Zeugungsfähigkeit derselben (Nekrospermie).

Die Impotentia generandi kann mit vollkommen normaler Potentia coeundi verknüpft sein, ja, ist es sogar meist, während umgekehrt durch die Impotentia coeundi meist auch Impotentia generandi herbeigeführt wird, obgleich gewöhnlich bei der Impotentia coeundi ein normales Sperma vorhanden ist, d. h. Potentia generandi, d. h. Fälle, die durch künstliche Befruchtung behoben werden können.

Die praktische Medizin bezeichnet unter Impotenz schlechthin die Impotentia coeundi, unter Sterilität die Impotentia generandi. Dementsprechend werde ich unter „Impotenz“ jetzt auch die Impotentia coeundi virilis abhandeln und im III. Abschnitt vorliegenden Werkes unter „Sterilität“ die Impotentia generandi.

Die Bedeutung der Potenz für den Menschen.

Unter allen uns aus der phylogenetischen Entwicklung anhaftenden Merkmalen ist die Libido diejenige, die uns noch am meisten an unsere

tierische Herkunft erinnert, wenigstens in landläufigem Sinne des Laien. Der Mediziner und speziell der Sexologe stehen allerdings auf anderem Standpunkte. Für sie ist die sexuelle Funktion eine ebenso wichtige wie die anderen Körperfunktionen, ja vielleicht noch eine wichtigere, weil der Zeugungsakt im menschlichen Dasein, und nicht bloß im physischen, sondern auch im psychischen Sinne, ein außerordentlich bedeutungsvoller ist. Wenn er auch direkt zur Betätigung und Auslösung der physischen Liebe dient, so lernen wir doch immer mehr durch die sexologisch-psychologische Forschung seinen Wert und seine Bedeutung erkennen. Ich verweise nur auf M. Hirschfelds Werk: „Die Naturgesetze der Liebe“ und auf Freuds Forschungen. Wer, wie der Sexualarzt, den Einfluß studiert, den der normale sexuelle Akt psychisch auf den Menschen ausübt, von welch wunderbarer Betätigung und Auslösung seelischer Kräfte er für den Menschen und das gesamte Menschengeschlecht ist, der steht oft staunend still vor der Erhabenheit dieses edelsten aller menschlichen Triebe. So sehr er scheinbar auch der „tierischste“ aller Triebe ist, so außerordentlich hoch müssen wir ihn schätzen und würdigen, wenn wir seine Wirkungen im menschlichen Dasein bis auf die Wurzeln hin erforschen. Maudsley hat (Deutsche Klinik 1873, 2, 3) die sexuelle Funktion als die Grundlage der Entwickelung des Altruismus bezeichnet, denn mit der Beraubung des Fortpflanzungstriebes und alles dessen, was geistig daraus entspringt, dürfte so ziemlich alle Poesie und vielleicht auch die ganze moralische Gesinnung aus dem menschlichen Leben gerissen sein, und kein Geringerer als v. Krafft-Ebing hat gezeigt, wie aus den sexuellen Funktionen die höchsten Tugenden entspringen, wie „in letzter Linie alle Ethik, vielleicht auch ein gut Teil Ästhetik und Religion in dem Vorhandensein geschlechtlicher Empfindungen wurzeln“. Dies alles aber, wohlgemerkt, wenn die sexuelle Betätigung normal funktioniert und funktionieren kann, wenn der Mensch befähigt ist, diesen ihm innewohnenden Trieb naturgemäß walten zu lassen. Wenn aber diese Tätigkeit geschwächt oder verloren gegangen ist, kann man schon hieraus ermessen, welchen gewaltigen schweren Einfluß dieses Unvermögen auf den davon Betroffenen auszuüben vermag, denn das Attribut der geschlechtlichen Potenz ist eins der edelsten, das die Natur dem geschlechtsreifen Menschen mitgegeben hat, und wenn in dieser Funktion sich Störungen einstellen, ist der psychische Zustand, die seelische Depression der davon Betroffenen von einer Stärke, von der kein sexuell normal funktionstüchtiger Laie und selbst die — wenigsten Ärzte eine Vorstellung haben. Ja, ich behaupte, es hat von keinem sexuell abnormen oder perversen Zustande kaum einer wieder solch einen gewaltigen psychischen Einfluß auf den Menschen wie die Impotentia coeundi, selbst die homosexuellen Perversionen nicht, denn sie irritieren ja nur die Triebrichtung, nicht die Potenz, und

wenn Réti („Die sexuellen Gebrechen") sagt, „dieses Gebrechen habe schon viel Ungemach, Unglücksfälle, ja Selbstmord im Gefolge gehabt", so ist dies nicht zuviel gesagt. Um so verwunderlicher ist es, wenn die Tätigkeit des Arztes dieser Frage, wie so mancher anderen sexologischen, nicht die gebührende Beachtung geschenkt hat. In Ärztekreisen wird auch jetzt noch vielfach die Impotenz mit mitleidigen oder sarkastischen Bemerkungen abgetan. Es kommt dies aber auch daher, daß nach meinen Erfahrungen, besonders in den besser situierten Klassen und oberen Ständen, die Impotenz viel schwerer empfunden wird als in den unteren, wo sie auch wohl relativ seltener ist. Schwere körperliche Ausarbeitung der unteren Stände sorgt dafür, daß die Impotentia coeundi vom Arbeiter nicht so schwer empfunden wird als von dem verweichlichten, sehr gut lebenden und körperlich sich nicht ausarbeitenden Manne. Ich werde daher unter den Funktionsstörungen der Zeugung auf die Impotenz das Hauptgewicht legen, weil ich sie für die Praxis für wichtiger halte als die krankhaften Samenverluste oder die Sterilität.

„Der vorzeitig impotent Gewordene zählt zu den unglücklichsten Geschöpfen; sein Unglück ist um so größer, als er sich desselben schämen, es verbergen muß; er wird von niemand bemitleidet, höchstens verhöhnt und findet leider auch nur höchst selten Hilfe.

Ich wage es zu behaupten, daß es in vielen Fällen eine größere Wohltat sei, einem Impotenten seine verlorene und jedem einzelnen kostbare Kraft wiederzugeben, als einen schwer Erkrankten vom Tode zu bewahren. Denn in vielen Fällen ist es besser, tot als impotent zu sein.

Die ganze Tatkraft des Mannes, sein Mut, die Lust zur Arbeit und zum Leben, hängt fast ausnahmslos mit seiner geschlechtlichen Kraft zusammen . . . man nehme dem Menschen, der von früh bis abends arbeiten und schaffen muß, der den Kampf ums Dasein täglich von neuem kämpft, dieses bißchen Liebe, und das Jammertal ist freilich fertig", sagt v. Gyurkovechky („Pathologie und Therapie der männlichen Impotenz", S. 3) und fügt den Ausspruch Lallemands („des pertes seminales", tome II, Ière partie, pag. 123) hinzu: „Le sentiment de l'impuissance est le plus humiliant qui puisse affliger l'homme; car il dégrade à ses propres yeux, sans lui laisser une seule illusion possible, un seul instant de miséricorde." In der amerik. „Urologic and cutaneous review" 1913 habe ich in einem Artikel: „The physical and psychical importance of the viril impotence" dieses Thema beleuchtet.

Physiologische Vorbemerkungen.

Die volle Potenz pflegt normaliter beim Manne einzusetzen mit dem 15.—18. Lebensjahr mit der vollendeten geschlechtlichen Entwicklung und reicht, von Ausnahmen abgesehen, bis ungefähr in die Mitte der fünfziger Jahre. Schon mit den vierziger Lebensjahren beginnt

die sexuelle Kraft allmählich abzunehmen. Ausnahmsweise kann sie aber auch die fünfziger Lebensjahre überdauern und fast ungeschwächt bis in die sechziger Jahre sich erhalten. Selbst in den siebziger Jahren kommen, allerdings selten, potente Männer vor.

Es stellt sich nun die Frage ein:

„Wann ist die Potenz normal, wann zu gering?"

Die normale Potenz ist je nach der Körperkonstitution, den äußeren Verhältnissen, der Lebensweise, dem Klima besonders aber der Stärke der Libido, ziemlichen Schwankungen ausgesetzt. Sie schwankt aber nicht nur individuell sehr verschieden, sondern selbst bei dem einzelnen Individuum außerordentlich, je nach Disposition, Jahreszeit, Ernährung, äußeren Anreizen usw. Durchschnittlich ist ein kräftiger, normaler Mann in den Jahren der sexuellen Funktionstüchtigkeit ca. zwei- bis viermal pro Woche potent.

Die Vorbedingungen zu einer normalen Potenz und damit zu einer normalen Zeugungsfunktion sind:

1. Libido sexualis,
2. Erektion,
3. Ejakulation.

Eine ausführliche Beleuchtung dieser drei Faktoren habe ich Band I der vorliegenden Zeugungsmonographien „Die normale Zeugung", S. 22—78, gegeben.

Die wichtigste Vorbedingung ist natürlich die Libido sexualis, der an Wichtigkeit die Erektion fast gleichsteht und gerade bezüglich der Zeugung auch die Ejakulation. Fehlt eine der drei, so ist die normale Funktion der Zeugung gestört, selbst wenn die Potentia generandi, d. h. wenn das Sperma, das Zeugungsprodukt, das beste ist. Allerdings vermögen wir, wie ich Band I im Kapitel „Die künstliche Zeugung" gezeigt habe, wenn die Erektion und selbst die Libido fehlt, noch eine Zeugung zu ermöglichen, aber nur künstlich. Daraus ergibt sich als glatte Definition der Impotentia virilis: Das Unvermögen, im geschlechtsreifen Alter (ca. 20.—55. Lebensjahr) unter keinen Umständen den Coitus normalis per immissionem penis in vaginam feminae ausführen zu können. Wir müssen daher die Herabminderung oder völlige Aufhebung der Erektion als Hauptsymptom der Impotenz betrachten. Daraus ergibt sich aber, daß jene Fälle, wo die Libido zwar vorhanden, aber schwer reizbar ist, wie die Anaphrodisia sexualis partialis resp. die Frigiditas organica, nicht zur Impotenz zu zählen sind. Denn hier ist Erektionsfähigkeit vorhanden, das Erektionszentrum reagiert normal, nur die Reize durch die Libido sind zu schwach.

Die Impotenz kann nun bezüglich ihrer Dauer und Stärke ganz

verschieden sein. Sie kann 1. absolut sein, d. h. derartig, daß unter keinen Umständen der Begattungsakt ausgeführt werden kann, oder

2. relativ, d. h. unter gewissen äußeren wie inneren mehr oder weniger wichtigen Faktoren ist Impotenz vorhanden. Psychische Stimmung, Launen usw. geben den Ausschlag.

3. kann die Impotenz temporär sein, ein relativ häufiges, ja eigentlich in gewissem Sinne ein physiologisches Vorkommen, da eine ständige Potenz bei keinem Manne, höchstens beim Satyriatiker, vorhanden ist.

Relative wie temporäre Impotenz sind vorübergehende Zustände.

Symptomatologie.

Man teilt ätiologisch das Gesamtgebiet der Impotenz am besten und umfassendsten in sechs Gruppen:

1. Die organische Impotenz.
2. Die nervöse Impotenz.
3. Die psychische Impotenz.
4. Die paralytische Impotenz.
5. Die Impotenz bei Konstitutions- und Allgemeinkrankheiten.
6. Die Impotenz bei sexuellen Anomalien und Perversionen.

1. Die organische Impotenz

ist durch den gänzlichen Mangel oder hochgradigen Defekt oder irgendwelche stattliche Mißbildung der Genitalien bedingt. Ein gänzlicher Mangel des Penis kommt zwar vor, und Schenk, Fodoré, Cattier, Nélaton, Rauber u. a. haben uns solche Fälle mitgeteilt. Sie betreffen aber meist kleine Kinder und haben für uns kein Interesse.

Ein abnorm verkümmerter Penis, so daß er zur Kohabitation nicht genügt, ist ebenfalls eine recht seltene und für die Praxis ganz außer acht zu lassende Bildung. v. Gyurkovechky sah ihn dreimal. Ich habe noch nie einen derartig kleinen Penis gesehen, daß er zur Kopulation nicht genügt hätte. Beschrieben sind solche Fälle von Kaufmann, Verletzungen und Krankheiten der männlichen Harnröhre und des Penis, Deutsche Chirurgie von Billroth und Lücke, 1886; von Finger, Die Pathologie und Therapie der Sterilität beim Manne; von v. Bramann, Verletzungen und Erkrankungen der Harnröhre und des Penis, Handbuch der praktischen Chirurgie 1901, III. Teil, IV. Abschnitt; v. Fischer, Wiener klinische Wochenschrift 1898, 1, 591, u. a. Es kommen nun noch, aber höchst selten, die verschiedenartigsten Mißbildungen des Penis vor, die event. eine Ausübung der Sexualfunktionen unmöglich machen, wie doppelte Anlage des Penis. Solche Fälle beobachteten Garré, St. Hilairé, Sangalli. Embryo-

logisch müssen derartige Bildungen auf Verdoppelung der unteren Rumpfhälfte zurückgeführt werden. Neugebauer, Warschau, hat schon 1898 (Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Bd. VII) 28 solcher Fälle von Diphallie, wie er es nennt, beschrieben. Auch allzugroße Penisse sollen bisweilen Kohabitationshindernis bilden. Darüber wird dem Arzte hin und wieder einmal geklagt. Man tut aber gut, auch hier mißtrauisch zu sein. Denn, wenn dies der Fall ist, ist es gewöhnlich eine Hypertrophie der Labien, eine Neubildung der Vulva, eine Hyperaesthesia vulvae (Vaginismus), ein Entwicklungsfehler der äußeren Genitalien usw. oder eine undeflorierte Vulva, ein sehr starkes Hymen, die die Immissio penis hindern, denn die Schleimhaut und die dieselbe umgebenden Gewebe der Vagina sind so nachgiebig, daß das Hindernis nicht an zu großem Penis liegt, sondern an krankhaften Zuständen der Frau. So war es in einem Falle meiner Praxis, wo bei einem großen, starken Manne die Unmöglichkeit der Immissio penis nicht an den Größenunterschieden der Ehegatten lag, sondern an einem leichteren Grade von Vaginismus, beruhend auf früherer Masturbation der Frau.

Auch hochgradige Varikocelen vermögen bisweilen einen Penis derart mit einzubeziehen, daß er selbst im Stadium der Erektion nicht genügend lang zur Kohabitation ist. So konsultierte mich einst ein früherer Besitzer eines Gasthofes, anfangs der Fünfziger, mit einem hochgradigen äußeren Leistenbruch, der auf den ersten Blick den Eindruck einer Hydrocele machte. Durch den in das Skrotum hinabgetretenen Bruch erschien der Penis als ein kleines, der Geschwulst gleichsam aufklebendes Anhängsel, und der Patient war total impotent. Nach ca. ½stündigem Ätheraufträufeln gelang es mir endlich, den Bruch durch die Bruchpforte in das Abdomen zu bringen und dem Patienten ein Bruchband mit genügender Pelotte anlegen zu lassen, womit auch die Kohabitationsfähigkeit wiederhergestellt war.

Krankhafte Vergrößerungen des Penis, wie durch Elephantiasis usw., sind abnorm selten.

Mehr Bedeutung haben schon die Fälle von Hypospadie und Epispadie des Penis. Es kommt hier auf die Stärke der Bildungsfehler an. Bei Hypospadien muß man bezüglich der Kohabitationsfähigkeit, wie ich in meinen „Vorlesungen über Geschlechtstrieb und Geschlechtsleben des Menschen“, II. Auflage, Bd. I., S. 491, gesagt habe, vier Grade unterscheiden:

Erster Grad: Sitz der Ausmündung der Harnröhre unter der Eichel. Hypospadia glandularis.

Zweiter Grad: Sitz der Ausmündung der Harnröhre am Penis, Hypospadia penis.

Dritter Grad: Sitz der Ausmündung der Harnröhre an der vorderen Skrotalfläche, Hypospadia scrotalis anterior.

Vierter Grad: Sitz der Ausmündung der Harnröhre an der hinteren Skrotalfläche, Hypospadia scrotalis posterior.

Beim ersten Grad von Hypospadie, wo der Penis ausgebildet ist bis auf den Harnröhrendefekt, ist eine Kohabitation noch sehr gut möglich, weil Erektion und Ejakulation vorhanden.

Beim zweiten Grade, der Ausmündung der Harnröhre an der unteren Seite des Penis, ist die Kohabitation zwar schon etwas beschränkt, aber noch vorhanden. Der Penis ist hier etwas nach unten gezogen, dadurch entstehen bei der Erektion Zerrungen. Die Steifung gelingt, aber unvollkommen, und die Immissio penis ist eine unvollständige. Das Sperma wird mehr in den vorderen Teil der Vagina ergossen.

Bei den Hypospadien dritten und vierten Grades ist jede Kohabitation unmöglich, obgleich in der Literatur genügend Beispiele von Zeugung durch Männer mit hochgradiger Hypospadie niedergelegt sind, wie von Kopp, von Guder (Zeitschrift für Medizinalbeamte, 1890, S. 247), und besonders von F. Neugebauer, loc. cit.

Die Epispadie ist bedeutend seltener. Sie beruht, wie Thiersch im „Archiv für Heilkunde", X, gezeigt hat, auf fehlerhafter Zeitfolge des Beckenschlusses durch Vorwärtsrücken des Urogenitalritzes vor der Schließung des Beckens resp. der Teilung der Kloake in Darm- und Geschlechtsöffnung.

Da die Epispadie eine größere Verkürzung des Penis bedingt als die Hypospadie, macht sie auch zur Kohabitation noch unfähiger als die erstere. Doch kann es auch hier ausnahmsweise dazu kommen. Ja, finden wir doch selbst Verheiratungen von Epispadiäen und Fälle von Kohabitationen, selbst Zeugungen beschrieben. Englisch erzählt einen Fall, wo ein derartiger Patient mit gespaltenem Penis durch Überzug eines Kondoms und Einschneiden eines Löchelchens in denselben es zum vollkommenen Koitus brachte.

Höchst selten führen Indurationen auf der Rückenfläche des Penis (Plaques indurées), auf Gicht und Diabetes beruhend, wie Posner, Fürbringer, Sachs, Galewsky, Hübener u. a. angeben, zu Kohabitationsstörungen.

Auch Entzündungen der Schwellkörper durch Gonorrhöe, Lues, Trauma führen zur Narbenbildung und dadurch zu Störungen der Erektionsfähigkeit. Sie bilden die sog. „Chorda venerea". Meist sind sie wohl Folgeerscheinungen der periurethralen gonorrhoischen Abszesse. Sie sind aber recht selten und resultieren dadurch, daß eins der Corpora cavernosa sich nicht oder ungenügend, das andere sich normal füllt. So kommt eine bogenförmige Krümmung zustande.

Auch Strikturen der Harnröhre sollen mechanische Hinder-

nisse abgeben beim Ausfluß des Samens und dadurch zur Impotenz führen. Doch dürfte dies eben abnorm selten sein, weil die Struktur schon ganz hochgradig sein muß, wenn die kräftigen konvulsivischen Kontraktionen des M. bulbo cavernosus das Sperma durch die Harnröhre nicht hindurch treiben sollen. Außerdem haben Patienten mit derartig hochgradigen Strikturen, weil Störungen bei der Harnentleerung bemerkend, sich meist schon in ärztliche Behandlung gegeben.

Selbst Phimosen können das Hindernis einer Conjunctio membrorum abgeben. Ich selbst habe in meiner „Prophylaxe der funktionellen Störungen des männlichen Geschlechtsapparates", (Supplementband III des Handbuches der Prophylaxe von Nobiling-Jankau, S. 20), einen solchen Fall beschrieben, der nach Operation seine vollständige Potenz wiedererlangt hatte.

Auf die Neubildungen des Penis, Epithelialkrebs usw., weil zu selten als Kohabitationshindernis, gehe ich hier nicht näher ein, ebenso auf die Selbstverstümmelungen der Genitalien, wie bei der religiösen Sekte der Skopzen in Rußland („Gerichtlich-medizinische Untersuchungen über das Skopzentum in Rußland." Gießen 1876), oder auf die sog. Mikaoperation, d. h. Bildung einer künstlichen Hypospadie durch Aufschlitzen der unteren Harnröhre bei kleinen Knaben in Zentralaustralien, um später die Schwängerung zu erschweren.

In allen diesen Fällen kann Impotenz die Folge sein, braucht es jedoch nicht zu sein. Denn oft genügt eine Deponierung des Spermas am Scheideneingang, um zur Zeugung, zur Befruchtung zu führen. Bezüglich einer event. gerichtlichen Entscheidung müßte der Arzt immer dieses Punktes gedenken.

Weit größere Bedeutung hat die

2. Nervöse Impotenz,

ja, sie ist die wichtigste aller Impotenzformen, weil sie die häufigste ist und daher dem Allgemeinpraktiker des öfteren zu Gesicht kommt. Der nervös Impotente stellt einen „Typ" von Sexualneurasthenikern dar, d. h. „unter den Sexualneurasthenikern gibt es auch eine Kategorie, die bisweilen mit der Klage der Impotenz herausrückt", ich sage absichtlich „herausrückt", weil ich gefunden habe, daß sie nur allmählich, ganz schüchtern mit der Eröffnung kommen, aus dem einfachen Grunde, weil sie fast alle glauben, durch ihr bisheriges Sexualleben die Impotenz selbst verschuldet zu haben, sei es durch Onanie, sei es durch Exzesse in venere. Nach Fürbringer kann die Impotenz das einzige Symptom der Neurasthenie sein. Eine derartige Form nervöser Impotenz habe ich noch nicht beobachtet, sie mag aber wohl bisweilen vorkommen. Was die Ursache dieser Formen anbetrifft, so kann nicht bloß, wie v. Gyurkovechky meint, nur übermäßiger Koitus die nervöse Im-

potenz hervorrufen (und nicht bloß Onanie die Spermatorrhöen), sondern sowohl sexuelle Exzesse, als Masturbation, als Coitus interruptus, können zur nervösen Impotenz führen. Die Urteile über die Folgen der einzelnen sexuellen Abnormitäten sind ganz verschiedene. v. Gyurkovechkys Meinung habe ich eben angeführt. Finger meint, daß Coitus interruptus hauptsächlich reizbare Schwäche der Blase und die daraus folgenden Blasenbeschwerden, wie heftigen und häufigen Urindrang, Sphinkterenkrampf, Phosphaturie usw., herbeiführe. Naeh Fürbringer wird nervöse Impotenz häufiger als der Samenfluß durch übermäßigen, geschlechtlichen Verkehr herbeigeführt, es sollen aber auch nach Onanie (wie nach sexuellen Exzessen) Sexualneurasthenie, sowie krankhafte Samenergüsse und Impotenz erscheinen. Einige Autoren, wie Marcuse und Nyström, meinen, daß auch Abstinentia sexualis Ursache der Impotenz sei. Ich habe schon unter den „ätiologischen Vorbemerkungen", unter „Abstinentia sexualis" meine Meinung diesbezüglich dargelegt, daß nach meinen Erfahrungen dies nicht der Fall ist und ich die Beispiele von Marcuse und Nyström nicht für beweiskräftig genug halte. Sollte dies aber der Fall sein, sollte es sich erweisen, daß diese Autoren recht haben, dann würde unsere ganze Sexualethik allerdings mächtig erschüttert werden. „Ich möchte daher an alle Kollegen, welche dauernde Impotenz (eine solche muß mindestens auf über fünf Jahre sich erstrecken und in die Zeit der Geschlechtsakme fallen!) allein infolge Abstinenz beobachteten, die dringende Bitte richten, diese Fälle mit Krankengeschichten im Interesse unserer Wissenschaft zu veröffentlichen, denn sollte sich wirklieh erweisen, daß Nyström recht hat, daß temporäre Abstinenz bis zu einer durch Verhältnisse erst spät, in den dreißiger Jahren zu schließenden Ehe impotent macht, so hätten wir Ärzte nicht nur das Recht, sondern sogar die ernste Verpflichtung, vor Abstinenz und ihren gefährlichen Folgen zu warnen, d. h. direkt zum außerehelichen Verkehr anzuraten, im prophylaktischen Sinne, um einer weit schlimmeren Gefahr, der der Impotenz in einer späteren, will sagen späten Ehe vorzubeugen, denn eine Ehezerrüttung durch Impotenz des Mannes würde allerdings noch weit schlimmer sein als eine Empfehlung illegitimen Verkehrs mit puellis publicis seu privatis. Wir kämen dann allerdings auf den Marcuseschen Standpunkt. Bevor jedoch noch nicht der exakte Beweis derartiger dauernder Schädigungen durch Abstinenz erbracht ist — und wie gesagt, ich glaube nach meinen Erfahrungen nicht daran —, kann ich alle Kollegen nur warnen vor solchen Konsequenzen! Die Wichtigkeit dieser Fragen erhellt aber hieraus, und eine Mitteilung eines jeden solchen Falles kann nur dringend erwünscht sein." (Rohleder, „Die Abstinentia sexualis". Zeitschrift für Sexualwissenschaft, 1908, S. 638 und 639.)

Neuerdings haben M. Hirschfeld und E. Burchard („Zur Frage

der psychischen Impotenz als Folgeerscheinung sexueller Totalabstinenz beim Manne." Sexualprobleme, 1913, April, S. 252—260) einen Fall veröffentlicht, wobei sie meinen, daß die psychische Impotenz aus totaler Sexualabstinenz auf „gewissermaßen normalpsychologischem bezüglich physiologischem Wege sich entwickeln kann". Die Verfasser bezeichnen diesen Fall als „Frigidität des Mannes".

Aber erstens ist diese „psychische Impotenz" keine Dauerimpotenz, sondern nur eine scheinbare (wie ich noch auseinandersetzen werde), andererseits fehlen in der von den Autoren gegebenen Anamnese jegliche Angaben über das Alter des Patienten, über die Dauer der sog. Totalabstinenz, und die Hauptsache: über die Stärke der Libido. Nach Angabe des Patienten sollen sich seit dem 15. Lebensjahre in Zwischenräumen von 3—4 Wochen Pollutionen mit libidinösen Träumen eingestellt haben. Wenn aber bei einem sonst gesunden Manne die Libido damit sich zufrieden gibt, kann man wohl mit Recht von einer gewissen „Frigidität des Mannes", oder noch richtiger partieller Sexualanästhesie sprechen. Bei einer solchen kann man aber kaum von Totalabstinenz sprechen, denn — wenn der Trieb so gering war, daß solche Pollutionen im Traum (also nicht im Wachzustande drängende Libido) ihn befriedigten, liegt eigentlich keine „Enthaltung" vor. Ich kann also auch diesen Fall nicht als beweiskräftig von dauernder Impotenz infolge von Sexualabstinenz anerkennen, sondern nur von vorübergehender psychischer Impotenz (vgl. diese).

Orlowski meint, und mit ihm mehrere Urologen, daß ein großer Teil der Impotenz verschuldet sei durch die sog. Colliculitis, d. h. durch Hyperämie und entzündliche Schwellung des Colliculus seminalis. Er spricht dieselbe als Folge der Onanie, der Gonorrhöe und des Coitus interruptus an. Es läßt sich nicht leugnen, daß man bei diesen, besonders natürlich bei Gonorrhöea posterior, eine Entzündung des Colliculus und seiner Umgebung findet. Wenn aber Verfasser nun meint, daß Samenverluste, Impotenz, Ejaculatio prohibita, Störungen bei der Immission und Schmerzen beim Koitus dadurch bedingt sein sollen, so geht das meines Erachtens zu weit. Besonders die frühzeitigen und verfrühten Ejakulationen beruhen, das muß anerkannt werden, doch vielfach auf Colliculitis, wie überhaupt auf chronisch-entzündlicher Schwellung der gesamten hinteren Urethralschleimhaut. Von diesen Patienten sind auch mir mehrfach Schmerzen beim Koitus, allerdings leichtere Schmerzen, besonders beim Durchdringen des Spermas durch die Ductus ejaculatorii ein stechender Schmerz, geklagt worden. Nun vergesse man aber nicht, daß gerade in diesem Momente (wie ich in meiner Abhandlung: „Die libidinösen Ausflüsse und der Orgasmus", Berliner Klinik, Heft 257, zeigte) das höchste Wollustgefühl beim Durchtritt des Spermas in die hintere Harnröhre empfunden wird resp.

empfunden werden soll und hier ein stechender Schmerz, wenn er auch gering ist, doch das Wollustgefühl des Orgasmus bedeutend abschwächt, ja oft ganz vermindert. Selbst bis zu einem gewissen Unlustgefühl vermag sich dieser Zustand zu steigern, besonders bei solchen Patienten, welche sich nicht völlig und ganz beim Koitus hingeben und immer noch von gewissen Reflexionen beherrscht werden. Meines Erachtens ist dieser Zustand aber, entgegen dem genannten Autor, weniger eine Folge von Onanie, sondern hauptsächlich von Coitus interruptus, weil es eben hierbei nicht zu einer völligen Auslösung des Sexualspasmus und damit zur Blutüberfüllung kommt. Dieser Zustand wirkt bei ständigem Coitus interruptus summierend ein, es kommt gleichsam zu einem chronischen Schwellungs- und Entzündungszustand der hinteren Harnröhre. Andererseits natürlich ist die Colliculitis ein Symptom der chronischen Gonorrhöe.

Die Colliculitis kann man diagnostizieren aus den übrigen Symptomen der chronischen Gonorrhöe der hinteren Harnröhre, dann durch Bougierung mit einer Knopfsonde, beim Passieren durch die Pars prostatica fühlt man deutlich, wie die Knopfsonde über den angeschwollenen Kollikel hinweggeht und natürlich — am besten — mit dem Urethroskop.

In den meisten Fällen ist dieser Zustand für mich also nicht eine Folge der chronischen Gonorrhöe der hinteren Harnröhre (die vielleicht überhaupt nicht so häufig ist, als man annimmt), sondern des weitverbreiteten Coitus interruptus, dann wohl auch, wenn auch seltener, der Onanie, aber nicht der gewöhnlichen Onanie, sondern jener Formen von unterbrochener Onanie, bei welcher es nicht zur Auslösung des Orgasmus kommt, wie ich früher (S. 30ff.) erklärt. Wenn Orlowski sagt, weshalb es bei einigen Onanisten dazu komme, sei unklar, da Onanie in jeder Hinsicht dem normalen Koitus gleichkomme, so ist das falsch, weil die Masturbatio interrupta durchaus nicht dem Coitus normalis, sondern weit mehr eben dem Coitus interruptus gleicht, weil auch hier, wie bei letzterem, im Laufe der Zeit durch kumulierende und summierende Wirkungen des ungenügenden Rückflusses eine chronische Entzündung, aber nicht bloß im Gebiet der pars prostatica urethrae, sondern auch der anderen Genitalorgane sich herausbildet. Jedenfalls bewirkt diese chronische Entzündung eine vermehrte chronische Reizbarkeit und Hyperästhesie der diese Gebiete versorgenden Nerven, die eben wiederum zu den präzipitierenden Ejakulationen ante coitum oder unmittelbar post immissionem führt, damit zur Impotenz. In diesen Fällen halte auch ich eine Kaustiktherapie angebracht (siehe später „Therapie“).

Es decken sich meine Anschauungen über nervöse Impotenz am meisten mit denen von Fürbringer, wenn ihnen auch gegenüber diesem Autor eine verschwindend geringe Anzahl von Fällen zur Unterlage

dient, da die Zahl der Fürbringerschen Fälle wohl Tausende erreicht. Nur halte ich die krankhaften Samenverluste für häufigere Folge der Onanie als die Impotenz.

Die Impotenz ist im allgemeinen eine krankhafte Erscheinung der besseren Stände, der Privatpraxis. Unter 15000 Kranken der inneren Abteilung des Krankenhauses Friedrichshain, Berlin, sah Fürbringer nur zweimal Impotenz. Soweit ich die Literatur kenne, bin ich der Meinung, daß Fürbringer das größte Material von Impotenten beobachtet hat, seine Angaben auch die größte Beachtung verdienen. Er gibt folgende Statistik. Die meisten nervös Impotenten gehören dem vierten Jahrzehnt an, dann folgt das fünfte Jahrzehnt und nach diesem erst das dritte. Am meisten verbreitet ist unser Leiden in den höheren Gesellschaftsklassen. Offiziere, Gutsbesitzer, Kaufleute, besonders Bankiers, Ärzte, Juristen stellen ein großes Kontingent. Ca. 20% hatten dem Abusus sexualis, 30% der Onanie gehuldigt, 30% an Gonorrhöe gelitten und nur die übrigen 20% keins all dieser ätiologischen Momente aufzuweisen. Auch Coitus interruptus, sowie mehrere der gesamten Momente zugleich waren vertreten, hingegen fand er die Sexualabstinenz nicht als Ursache der Impotenz.

Das wichtigste Symptom der Impotenz ist ungenügende Steifung des Gliedes, Herabsetzung oder gänzliches Fehlen der Erektion. Dies kann sich zeigen derart, daß entweder

a) ante immissionem eine Erschlaffung des Gliedes eintritt, oder

b) post immissionem eine Erschlaffung des Gliedes, i. e. in vaginam, das häufigere,

c) daß überhaupt keine Erektion eintritt,

d) eine vollständige Erektion eintritt, jedoch unmittelbar nach Einführung des Gliedes oder selbst vorher schon es zu einer Ejakulation kommt, die Ejaculationes praecoces.

Nach diesen verschiedenen Erscheinungsformen kann man das gesamte Gebiet der nervösen Impotenz einteilen in

1. nervöse Impotenz durch präzipitierte Ejakulationen (Gruppe d),

2. nervöse Impotenz durch Störungen der Erektionsfähigkeit (Gruppe a—c).

a) Die nervöse Impotenz durch präzipitierte Ejakulationen

ist recht verbreitet und eine der häufigsten Impotenzformen überhaupt. Renza sagt: „La faiblesse irritable sexuelle“, 1902, pag. 5: „l'éjaculation prématurée est plus fréquente que l'on ne le suppose“. Charak-

teristisch ist, daß hier Libido, Orgasmus und auch Erektion meist völlig normal sind. Sie beruht auf übermäßiger sexueller Erregung und dadurch hervorgerufener Verfrühung der Ejakulation infolge einer reizbaren Schwäche des spinalen Ejakulationszentrums. Dasselbe ist nervös überreizt. Es liegt hier vielfach eine wollüstige Überreizung der Psyche vor. Bisweilen sind, wie ich einigemal versichert erhielt, diese präzipitierten Ejakulationen gleichsam „physiologisch“ bei Kohabitationen mit einer bisher unbekannten weiblichen Partnerin. Einer meiner Patienten versicherte mir, daß er beim sexuellen Verkehr mit jeder ihm bisher unbekannten weiblichen Person konstant wider Willen sich so schnell errege, daß bei der ersten Kohabitation mit derselben die Ejakulation unmittelbar post immissionem, bisweilen schon während der Immission erfolge, daß aber bei mehrfachen Kohabitationen mit demselben Weibe allmählich diese Schwäche verschwindet und normales Kohabitationsvermögen Platz greift. Es ist also hier die Impotenz gleichsam nur eine psychische auf unbekanntem Terrain.

Im allgemeinen aber ist das Leiden meist das „Frühstadium“ der nervösen Impotenz der Sexualneurastheniker. Renza nennt es „une véritable catastrophe“. Ich meine, der praktische Arzt kann daran festhalten. Wenn ein Patient zu ihm kommt und klagt über verfrühte Ejakulationen, so ist der Betreffende sicher Sexualneurastheniker und steht entweder vor der Impotenz — die aber nicht einzutreten braucht — oder ist schon impotent.

Fürbringer hält das Leiden für ein sehr schweres und den Tagespollutionen sich näherndes. Ich kann hier mit diesem Autor nicht übereinstimmen, meine vielmehr, daß doch wohl ein großer Unterschied besteht zwischen Tagespollutionen, die mit nur geringer geschlechtlicher Aufregung vor sich gehen, und einem Koitusversuch, der mit normaler Erektionsfähigkeit und nur verfrühter Ejakulation, aber vollständig normalem Ablauf aller bei der Kohabitation stattfindenden Erscheinungen einhergeht. (Zu den Tagespollutionen gehören auch die von Payer u. a. beschriebenen Ejakulationen nicht sexueller Art, wie bei Kopfrechnung usw.)

b) Die nervöse Impotenz durch Störungen der Erektionsfähigkeit

ist die häufigste aller Impotenzformen überhaupt und daher auch für die Allgemeinpraxis wichtigste: Sie ist charakterisiert dadurch, daß eine Herabsetzung der Erektionsfähigkeit eintritt bis zur völligen Aufhebung derselben, wobei gleichzeitig verringerter Geschlechtstrieb und Orgasmus vorhanden sein kann. Die mangelnde Erektionsfähigkeit ist es, die auch den Patienten zum Arzt treibt und psychisch recht deprimiert. Gerade diese Form der Impotenz wirkt psychisch schlechter

auf den Patienten ein als die durch frühzeitige Ejakulationen. Anfangs gelingt die Erektionsfähigkeit noch auf kurze Zeit, allmählich nimmt sie mehr und mehr ab, und zuletzt kann das Glied überhaupt nicht mehr erigiert werden. Die Ejakulation kann dabei verfrüht oder verspätet sein, die Spermamenge normal oder gering sein. Diese Form nähert sich in ihrem klinischen Äußern der senilen Impotenz, nur tritt sie eben zu frühzeitig ein, schon in den dreißiger Jahren und früher, statt in den fünfzigern. Hammond hat in seinem Werke speziell darauf hingewiesen. Nur meint dieser Autor, daß sie meist auf sexuellen Exzessen beruhe und die allermeisten Menschen sich solchen hingeben, daß „selbst zweimaliger Koitus pro Woche für die meisten Menschen noch als Exzeß zu betrachten sei und sicher zu einer vorzeitigen Vernichtung der sexuellen Potenz führe". Er will nur einen einmaligen Beischlaf pro Woche für gesunde Männer von 25 bis 30 Jahren als Norm betrachten. Der Verlust der Potenz soll um so früher eintreten, je größer der Exzeß sei. Diese Anschauung Hammonds ist entschieden zu weitgehend, und eine Potenz in den sechziger Jahren, wie Hammond noch will, nicht das Normale, ebenso wie eine Kohabitation von zweimal pro Woche durchschnittlich durchaus noch keinen Exzeß darstellt.

Bisweilen soll nach Fürbringer bei der nervösen Impotenz durch Störungen der Erektionsfähigkeit die unersättliche Wollust der Frau die Schuld haben. Es soll sich in diesen Fällen, wie Fürbringer meint, weniger um „Impotentia virilis" oder vielmehr um „Impudentia muliebris" handeln. Andererseits aber ist dies bisweilen nur eine Ausrede des Mannes, sein Unvermögen der Gattin wie dem Arzt gegenüber zu beschönigen.

Vielfach finden sich bei impotenten Sexualneurasthenikern genitolokale nervöse Störungen, unter diesen besonders Hyperaesthesia glandis. Dieselbe findet sich nach meinen Erfahrungen aber auch bei Onanisten. Sie ist eben nur ein Zeichen der Sexualneurose. Aber diese Hyperästhesie vermag zur Impotenz zu führen, wohl weniger zur mangelnden Erektionsfähigkeit, wie v. Gyurkovechky will, sondern mehr zur vorzeitigen Ejakulation, und infolge der Überempfindlichkeit der Eichel bei den Reibungen in der Vagina und den Zerrungen wird das Ejakulationszentrum zu schnell gereizt. Übrigens habe ich in diesen Formen den Rat, ante coitum das Glied mit möglichst nach vorn gezogener Vorhaut einzuführen, mehrfach sich bewährend gefunden. Event. auch Anlegen eines Gummikondoms.

Ein Durchschnittsbeispiel einer solchen allmählich eintretenden Impotenz durch Störungen der Erektionsfähigkeit ist folgendes:

Ein Lehrer, 35 Jahre alt, verheiratet, Vater einiger Kinder, kommt zu mir mit der Angabe, daß seit einiger Zeit es ihm nur sehr schwer gelinge, eine Steifung des Gliedes herbeizuführen und eine Einführung fast unmöglich sei.

Patient gibt zu, vor der Ehe ca. ein Jahrzehnt, vom 11. bis 22. Lebensjahr, stark onaniert zu haben. Mit 23 Jahren verlobte, mit 24 verheiratete er sich. Außerdem wurde hin und wieder Koitus vollzogen, besonders in den Ferien, in einer größeren Stadt in der Nähe der Seminarstadt, meist in Bordellen. Er war dabei stets sehr potent, holte sich jedoch mit dem 20. Jahre eine Gonorrhöe, die gerade, als er zur Stellung mußte, florid war, die aber nicht ordentlich ausgeheilt wurde. Er hat wahrscheinlich seine Gattin infiziert, trotzdem dieselbe nicht unterleibskrank sein soll, wohl aber etwas „an Ausfluß" leide. Er war seiner Gattin gegenüber potent. Vorzeitige Ejakulation hat er nie gehabt. Durchschnittlich schätzt er in den ersten 2—3 Jahren seiner Ehe ca. drei- bis viermaligen Koitus pro Woche, in den nächsten 5 Jahren ein- bis zweimaligen und in den letzten 2 Jahren alle 14 Tage bis 4 Wochen einmal. Es ist aber in dieser Zeit auch außerehelicher Verkehr und — Onanie weiter fortgesetzt worden, besonders im letzten Jahre, wo er selbst zugibt, daß die Onanie ihm des öfteren als Ersatz gedient habe. Selbst die Gattin will er künstlich, d. h. durch Onanie befriedigt haben. Im letzten halben Jahre ist ihm eine Kohabitation mit seiner Gattin fast nie mehr gelungen, obgleich er, wie er angibt, „sich mächtig angestrengt habe, sein Glied zur Steifung zu bringen". Den Grund für diese Erscheinung kann er nicht finden. An Onanie als Ursache glaubt er nicht. Er sagt wörtlich: „Vor zwei Jahren ungefähr bemerkte ich, besonders, wenn ich den Koitus weniger aus eigenem Antrieb, als vielmehr, um meiner Frau zu willfahren, vollzog, daß die Steifung schwerer gelang und nicht so lange andauerte, bald nachließ. Unter Vorstellung sexueller Akte, besonders mit mir sympathischen Mädchen, gelang es mir noch, zur Ejakulation zu kommen. Allmählich aber ließ die Steifung nach, es kam schwerer zur Ejakulation, hingegen hin und wieder schon zum Nachlassen der Steifung in coitu ohne Ejakulation, so daß meine Frau unwirsch und unzufrieden das Lager verließ. Meine Frau versuchte künstlich das Glied zu erregen; hatte aber desto negativeren Erfolg. In den letzten Monaten gelang kaum noch knapp die Einführung. Bei oder unmittelbar nach der Einführung ließ die Steifung total nach. In meiner Angst versuchte ich bei Prostituierten und Ladenmädchen mein Glück. Aber, so entgegenkommend dieselben auch waren, ohne jeden Erfolg. Mein Hausarzt verordnete mir geschlechtliche Totalruhe, damit ich mich wieder erhole und Johimbin. Der Erfolg war hin und wieder da, aber sehr gering. Mein Trieb ist wohl noch da, aber eine Erektion gelingt mir fast gar nicht mehr."

Eine Schilderung, wie sie in vielfachen Variationen mehr oder weniger oft sich wiederholt. Das Typische an all diesen Fällen ist die **allmähliche** Abnahme der Erektionsfähigkeit, trotz aller angewandten „technischen" Kniffe beim Verkehr, zu einer Zeit, wo Patient noch auf der Höhe seiner sexuellen Leistungsfähigkeit stehen sollte. Es ist gleichsam eine präsenile Impotenz, ein „normal" vor sich gehender, nur um 1—2 Jahrzehnte zu früh eintretender Potenzverlust. Typisch ist hierbei auch, daß Patient sich selbst zu trösten sucht durch Surrogat (Onanie) und eigentlich indirekt die Frau es ist, die zum Arzt treibt, wenigstens fühlt er selbst durch seinen Zustand sich wenig bedrückt, nur, daß seine Frau, erst ca. 30 Jahre alt, das debitum conjugale energisch fordert und meint, seine Impotenz beruhe auf frühere sexuelle Exzesse, das beunruhigt ihn. Andere Patienten, selbst Un-

verheiratete, leiden, wie schon gesagt, auch psychisch sehr unter der Depression.

Die Impotenz beruhte auf der Masturbation und der durch dieselbe, vielleicht auch durch chronische Gonorrhöe, mit verursachten chronischen Infiltration der hinteren Harnröhrenschleimhaut.

3. Die psychische Impotenz

ist eine Form, die zwar nicht so häufig ist wie die nervöse Impotenz, die aber eben „psychisch" außerordentlich rückwirkt auf den Betreffenden. Ich habe diese Form, um sie gleich von vornherein zu charakterisieren, „Hochzeits- oder Flitterwochenimpotenz" bezeichnet, wie sie eben in der ersten Zeit unmittelbar nach der Verheiratung zum Vorschein kommt. Sie ist diejenige Form, bei der die Patienten am allerehesten sofort zum Arzt gehen, und kaum kann derjenige, der nie einen derartigen Patienten gesehen, sich ein Bild von der verzweifelten Gemütsstimmung solcher psychisch impotenten Ehemänner machen, die in der Hochzeitsnacht so total Fiasko gemacht und ihrer Ehegattin gegenüber sich so unsterblich blamiert haben. Die trefflichste Schilderung der Gemütsstimmung eines solchen Kranken gibt meines Erachtens S. Réti („Sexuelle Gebrechen", S. 10/11): „Wenn es bei zweien sich liebenden Menschen zur Ehe gekommen ist, wenn das Weib, vom Charakter, von der Gestalt, Schönheit und Liebenswürdigkeit ihres angetrauten Gatten bezaubert, hingerissen, alles um sich her vergessend, sich ganz dem geliebten Manne hingeben will und wenn in solch entscheidungsschweren, großen Momenten, von denen die Phantasie der Braut nur unbestimmte, verhüllte Ahnungen besitzt, der Mann sich seiner Schwäche, seines Unvermögens bewußt wird, wenn trotz der Glühhitze der zu betätigenden Liebeslust keine Erektion eintritt und die Braut erstaunt und verblüfft die Kraftlosigkeit des Herrn der Schöpfung erkennt, der gleich einem armen Sünder den Blick beschämt niederschlagen muß, so liest der Mann in jeder Miene des Weibes den unbegrenzten Spott, die tiefe Verachtung, und wenn letzteres auch nicht der Fall ist, wenn das Weib in seiner Unschuld die Impotenz nicht ermessen kann, der Mann fühlt sich vernichtet, gebrochen!" Bisweilen allerdings kommt diese psychische Impotenz auch in der Brautzeit vor. Es handelt sich dann allerdings wohl meist um Patienten, die früher sehr abstinent gelebt haben, das Vertrauen in ihre sexuelle Kraft verloren haben, probandi causa vor der Hochzeit ad cohabitationem schreiten. Dabei darf nicht vergessen werden, daß bei dieser Form die Facultas erigendi meist normal, ja oft geradezu vorzüglich ist, nur im gegebenen Moment versagt sie (vgl. den vorher besprochenen Fall von Hirschfeld und Burchard). Diese verlobten jungen Männer werden

schon während ihres Brautstandes von dem unheimlichen Gedanken erfaßt, daß sie ihrer zukünftigen Gattin gegenüber nicht reüssieren. Natürlich gibt es hierfür nur eine psychische Erklärung. Fürbringer sagt, daß wir „schlechterdings die wesentliche Grundlage des Leidens in Befangenheit und Mangel an Vertrauen“ erblicken müssen. Und in der Tat ist es nur das Mißtrauen in die eigene sexuelle Leistungsfähigkeit, welches diese Impotenzform auslöst. **Die Patienten werden impotent durch den Gedanken an Impotenz,** weil alles Sinnen und Trachten derselben auf ihre zukünftigen sexuellen Freuden im Eheleben gerichtet ist. Es wird eine Hyperästhesie der Libido hierdurch hervorgerufen, derart, daß im gegebenen Moment der gesamte Reflexablauf all der sexuellen physiologischen Erscheinungen während der Kohabitation gestört ist und ante immissionem penis in vaginam die Erektion plötzlich versagt. Daß natürlich ein solches Mißgeschick psychisch tief erschütternd wirken muß, ist leicht einzusehen. Neben dem Ärger über das Nichtreüssieren stellt sich auch noch die Furcht vor weiterem Mißlingen und weiteren Blamagen im Ehebett ein. Gerade diese Impotenz ist es, die die junge, verlangende Gattin nicht bloß verstimmt, sondern auch desto sehnsüchtiger nach Ehefreuden ausblicken und den Gatten desto mehr bestürmen läßt. Es werden in dieser ersten Zeit der Impotenz gewöhnlich von beiden Gatten alle möglichen Versuche angestellt, eine Kohabitation zu erzwingen, die aber, weil für beide Teile erfolglos, sie nur um so begehrlicher machen. Der Mann verzweifelt völlig ob seines Mißgeschicks, um so mehr, als er gewöhnlich vor seiner Verheiratung bezüglich Potenz absolut leistungsfähig war, und jetzt, im gegebenen Moment, versagt sie. Meines Erachtens spielt in der Ätiologie der psychischen Impotenz der Coitus interruptus eine wichtige Rolle. Während derselbe bezüglich der nervösen Impotenz sehr zurücktritt und hier die Onanie weit mehr in den Vordergrund tritt, zeigt sich der Coitus interruptus besonders bei jenen, die vor der Ehe in einem „Verhältnis“, um keine Kinder zu bekommen, jahrelang Coitus interruptus pflogen. Sie sind so an diese Form des Begattungsaktes gewöhnt, daß sie, wenn sie mit ihrer jungen Gattin den Beischlaf vollziehen sollen, von dem Gedanken des Mißlingens gepackt werden und so im gegebenen Moment die Angst psychisch zur Hemmung des Reflexablaufes und damit zur Impotenz führt. Es ist bisweilen, wie ich schon andeutete, in sogenannten „Konvenienzehen“, wo nicht Liebe, sondern Geld oder Stellung zur Verehelichung führt, in der ersten Zeit die psychische Impotenz Folge, bisweilen der liebenswürdigen und körperlich mit verschwenderischen Reizen ausgestatteten Ehefrau gegenüber, während den gemeinsten und verworfensten Dirnen gegenüber die Potenz nichts zu wünschen übrig läßt. Es ist nichts seltenes, daß hier die Patienten zu dem Mittel greifen, an Stelle ihrer

Gattin in coitu eine solche gemeine Dirne sich vorzustellen. Der Koitus sinkt hier herab zur Masturbation.

Wenn wir hin und wieder lesen, daß kurz vor der Verheiratung der junge Bräutigam Suicidium verübte und die Verwandten absolut keinen Anhaltspunkt für ein solches Vorgehen finden, ist der Gedanke einer solchen Impotentia psychica, die das Denken des jungen Mannes vollständig verwirrte, als Ursache des Selbstmordes bisweilen berechtigt, jedenfalls nicht allzufern liegend.

Nach E. Finger sollen auch Furcht vor Infektion oder Furcht zu infizieren, das „böse Gewissen", Impotenz erzeugen können. Dies dürfte wohl zu den seltensten Fällen zählen. Ich halte diese Impotenzform für wohl möglich, aber in unserer Zeit, wo Ärzte und Patienten über Schutzmittel im Geschlechtsverkehr doch schon recht aufgeklärt sind, für ganz extreme Fälle.

v. Gyurkovechky meint, daß psychische Impotenz besser als „hypochondrische Impotenz" zu benennen wäre. Es kann nicht geleugnet werden, daß ein wahrer Kern in diesen Worten liegt, denn vielfach sind die psychisch Impotenten solche, die ein „böses Gewissen" infolge einer abnormen sexuellen Betätigung ihres sexuellen Vorlebens haben. Diese Impotenz ist ein Gebilde, re vera gar nicht bestehend, weil allein der Gedanke, impotent zu sein, die Patienten auch impotent macht. Es ist also ein gewisser hypochondrischer Beigeschmack dieser Impotenzform nicht abzusprechen, weil sie gleichsam auf einer Autosuggestion beruht. Andererseits aber sind die psychisch Impotenten durchaus keine Hypochonder im Leben, sondern Ehemänner, die vor der Ehe vielfach die Freuden in venere nach irgendeiner Seite hin doch schon genügend gekostet haben.

Eine gewisse psychische Impotenz bringt wohl bei vielen jungen Männern der Coitus primus, legitimus seu illegitimus, zustande. Die meisten Männer waren, bevor sie zum geschlechtlichen Verkehr übergingen, Onanisten, und die Onanie hat bei diesen, in sexualibus sonst unerfahrenen Männern Zweifel in die eigene sexuelle Kraft hinterlassen. Die Schundbücher über die Folgen der Onanie, die vielfach noch den jungen Leuten in die Hände fallen, bestärken sie noch in dem Gedanken, daß durch die Onanie die Potenz geschwächt wird, und so betreten wohl sehr viel junge Männer, vielleicht die meisten, den Schritt zum ersten Koitus mit einem gewissen Unbehagen und Zweifel, aber auch mit einer übermäßigen Aufregung über das, was da kommen soll.

Aber sehr bald verschwindet, nachdem sie einmal reüssiert, der Zweifel an ihrer sexuellen Leistungsfähigkeit. Ebenso ergeht es den jungen, psychisch impotenten Ehemännern. Ist ihnen der Koitus nur

einigemal gelungen, so schwindet das Mißtrauen. Die Zuversicht auf ihre sexuelle Leistungsfähigkeit kommt wieder. Damit verschwindet die Reflexhemmung im Ablauf der sexuellen Funktionen während des Koitus, und das eheliche Zusammenleben ist in der Folge ein tadelloses. Meist mag es wohl gar nicht erst zu Konsultationen beim Arzte kommen, besonders, wenn die Gattin eine „kühle" Natur ist.

Die psychische Impotenz beruht also, wie der Coitus primus überhaupt, teilweise auf einer gewissen Unerfahrenheit in sexualibus. Daher trifft man sie auch bei idealen Naturen, die vorehelichen, also illegitimen Koitus als „Sünde" perhorreszieren und keusch bis zum Ehebett bleiben wollen. Es ist hier also die psychische Impotenz gleichsam eine erworbene, es kommt nicht zur völligen Entwicklung der psychischen sexuellen Erregung. Sie ist hier, und das muß den Anhängern der Abstinenzkrankheiten zugegeben werden, gleichsam eine Folge der sexuellen Abstinenz. Aber, das darf nicht vergessen werden, daß es in der „Abstinenz"zeit dieser idealen Naturen meist zur Onanie kommt und daß, selbst wenn für längere Zeit wirklich Abstinenz, also ohne Onanie, eingehalten wird und es dann zur Verheiratung kommt, die psychische Impotenz auch in diesen Fällen nur eine temporäre, vorübergehende ist, sie wird nie zur dauernden psychischen Impotenz infolge der Sexualabstinenz. Meines Erachtens gibt es keine durch die Abstinenz gesetzte dauernde Erkrankung irgendwelcher Art. Sie setzt immer nur translatorische Störungen, und auch die psychische Impotenz nach der sexuellen Abstinenz ist eine solche. Vielleicht, daß hier auch eine gewisse Furcht vor der Defloration mitspielt. „Bisher gewohnt, stets auf getrennten Wegen zu wandeln, schreckt sie ein Hindernis, das sie überwinden sollen und dem sie nicht gewachsen zu sein fürchten", sagt Finger von diesen Leuten. Nach diesem Autor soll auch „eine zu große Verehrung für das weibliche Wesen" ein Grund zur psychischen Impotenz sein. Da müßte doch in Amerika, dem klassischen Lande der Vergötterung alles Weiblichen, die psychische Impotenz Regel sein. Bei Hammond und Gyurkovechky, den besten Kennern der sexuellen Funktionsstörungen in Amerika, finde ich nichts darüber.

Vom prognostischen Standpunkt ist die psychische Impotenz sicher die aussichtsvollste. Pathologisch-anatomisch ist diese Form wohl nur zu erklären durch die psychischen Hemmungen, die die sexuelle Erregung abschwächen resp. völlig beseitigen, jedenfalls es nicht zur vollständigen Entwicklung der sexuellen Erregungen, damit der genügenden Erregung des Erektionszentrums, kommen lassen. Diese psychischen Hemmungen sind die Einwirkungen

der Furcht vor der Blamage usw. Die Gehirnzentren geben diese Einwirkungen auf die spinalen Zentren weiter, und so kommt es zur geschilderten Erscheinung.

4. Die paralytische Impotenz

ist jene Form, wo jegliche geschlechtliche Erregung, jegliche Erektion fehlt, also ein vollständiges Versagen der Potentia coeundi. Während wir bei der nervösen, der psychischen und selbst der organischen Impotenz noch normale, resp. herabgesetzte Libido und Erektion konstatieren können, ist paralytische Impotenz die vollständige Unmöglichkeit einer sexuellen Funktion. Sie entwickelt sich oft aus den vorigen Formen durch allmähliches Fortschreiten und stellt das Endstadium derselben dar. Sie kann aber auch angeboren sein. In diesem Falle ist das ganze Sexualleben dem Patienten ein verschlossenes Buch mit sieben Siegeln. Dieser Zustand, den man als „Impotentia totalis congenita" bezeichnen kann, ist wohl recht selten. Ich habe noch nie etwas derartiges gesehen.

Pathologisch-anatomisch stellt die paralytische Impotenz meist die Folge von Erkrankungen der zentralen und spinalen Zentren dar, und prognostisch ist sie, im Gegensatz zur psychischen, die aussichtsloseste, da jegliche Therapie, weil erfolglos, hier ausgeschlossen ist.

Fürbringer hat die angeborenen Fälle von Impotenz als „höchste Potenz der naturae frigidae" aufgefaßt. Meines Erachtens mit Unrecht. Ich habe eine solche „natura frigida" einmal beobachtet bei einem Kollegen, der es nur dreimal in seinem Leben zu einem, und zwar sehr traurigen Koitus gebracht hatte. Frigidität ist keine Impotenz. Hier ist geschlechtliche Lust, wenn auch abnorm geringe bei einer gewissen Potenz erhalten, und daß die deutschen Hausfrauen in der Mehrzahl (!) der Fälle an Frigidität leiden sollen, möchte ich stark bezweifeln, obgleich auch Adler meint, daß 30—40% unserer Frauen daran leiden. Wenn jemand nur „geringe sexuelle Appetitlosigkeit" hat, ist er doch noch nicht impotent, sondern (psychisch) sexuell anästhetisch. Hammond hat in zwei Fällen seiner Beobachtung gezeigt, wie bei dieser psychischen, sexuellen Anästhesie Erektionen, Pollutionen usw. normal sind, und ich sah in oben genanntem Falle des Kollegen, der an Anaesthesia sexualis partialis, aber recht starker, litt, wie die Erektionsfähigkeit normal war, wie eben nur die außerordentlich geringe, sehr stark mangelhafte, aber noch nicht total mangelnde sexuelle Reizempfänglichkeit die Ursache und das alleinige Übel der fast ständig mangelnden Kohabitationslust war.

Die spinalen sexuellen Zentren sind hier normal, nur das sexuelle

Hirnzentrum klingt zu schwer an, ist allzu schwach erregbar, und dies ist eine angeborene oder vielmehr eingeborene Eigenschaft desselben.

5. Die Impotenz bei Konstitutions- und Allgemeinerkrankungen.

Die Impotenz ist ebenso wie die krankhaften Samenverluste bisweilen eine Begleiterscheinung, ein Symptom einer bestehenden Konstitutions- resp. Allgemeinerkrankung. Am bekanntesten ist dies vom Diabetes. Hat doch hier die geklagte Impotenz so manchmal erst zur Diagnose des Diabetes geführt, wenn dies im allgemeinen auch recht selten sein dürfte. Wie es hier, besonders schon in den Frühstadien, wo noch keine Kachexie oder nur merkbare Schwächung der Körperkräfte eingetreten ist, zur Impotenz kommen kann, ist wohl noch schleierhaft. Denn Ursachen, wie Ernährungsstörungen in den Hoden, Atrophie derselben und ähnliches kann man hier nicht annehmen. Jedenfalls kann man für die Praxis die Lehre daraus ziehen: Wenn man keine Anhaltspunkte für die Impotenz finden kann, untersuche man den Harn auf Zucker! Im großen und ganzen ist die Impotenz bei Diabetes kein allzusehr verbreitetes Übel. Im Gegenteil beobachtet man dabei oft recht starke Libido, ja sogar Satyriasis. Daß Seegen, der bekannte Diabetesforscher, unter einem ungeheuren Material von Diabetikern nur zweimal Impotente fand, ist daher nicht verwunderlich. Der Zusammenhang beider ist jedenfalls bis heute noch nicht strikt erwiesen.

Mit der Impotenz bei Phthisis pulmonum verhält es sich ähnlich wie mit der bei Diabetes. Wenn hier Abnahme der Potenz im fortgeschrittenen Stadium der Krankheit erscheint, so ist das kein Wunder, sondern eben, wie die Abnahme der Körperkräfte, ein Zeichen der allgemeinen Kachexie. Andererseits ist aber bekannt, daß gerade Phthisiker sexuell nicht nur nicht geschwächt, sondern sogar höchst leistungsfähig sind, selbst Satyriatiker noch in der Krankheit werden. Der bekannte Ausspruch Phthisicus salax hat seine große Berechtigung. Ich glaube, daß es, wie beim Diabetes, weniger die Krankheit ist, die hier mitspielt, sondern, individuell außerordentlich verschieden, die allgemeine sexuelle Veranlagung. Wir finden unter Phthisikern ebenso wie unter Gesunden oder Diabetikern oder irgendwelchen Kranken frigide Naturen, sexuell partiell Anästhetische, wie anormal oder pervers Veranlagte, wie sexuell Hyperästhetische. Die eventuelle Krankheit ist nur ein zufälliges Zusammentreffen, und meist wird, wenn nicht starke Kachexie eintritt, die Libido gar nicht besonders durch die Erkrankung berührt. Daher kommt wohl auch die ungeheuer verschiedene Bewertung der Potenz in diesen Erkrankungen. Während z. B. Gyurkovechky (loc. cit.

S. 57) meint, daß die Phthisiker „in der Regel, ganz im Verhältnis zu ihrem körperlichen Kräftezustand, wenig zur physischen Liebe geneigt sind", und Roubaud sogar so weit geht, zu behaupten, daß bei den Phthisikern eine Atrophie oder unvollständige Entwicklung der Genitalorgane oder eine habituelle Frigidität zu finden sei, findet man andererseits Autoren, wie Fürbringer (loc. cit. S. 86), die gerade das Gegenteil behaupten. Derselbe meint, daß die so außerordentlich häufigen sexuellen Exzesse bei der Phthise mit „Eigentümlichkeiten der tuberkulösen Kachexie in Beziehung gebracht werden müßten". Derartige total verschiedene Ansichten sind nur so erklärlich, daß die ungeheuer verschiedene sexuelle Veranlagung hier allein den richtigen Maßstab bildet und die Phthise als eine für die Veranlagung nebensächliche Erkrankung erstere gar nicht oder nur ganz gering tangiert. Auch dürfte das Alter der Patienten hier eine große und nicht zu unterschätzende Rolle spielen. Auch darüber findet man bei den Autoren keine Angaben.

Hingegen ist die Potenz mehr oder weniger abhängig von der Adipositas universalis. Hier ist die allmählich schwindende Potenz durchaus kein leerer Wahn. Ich selbst habe zwei Fälle beobachtet, einen bei einem biederen Schlachtermeister in den vierziger Jahren, der zu mir kam mit absoluter Erektionsunfähigkeit, und einen anderen, schon längere Zeit sehr korpulenten Kaufmann, der nach längerer Witwerschaft sich wieder verheiratete und fast völlige Impotenz zeigte. Die Untersuchung ergab in beiden Fällen absolut keine Anhaltspunkte für die Erscheinung, weder organische, noch nervöse, noch psychische Impotenz lag vor, noch irgendein Leiden anderer Art. Erst die Lektüre von Kischs Werk: „Die Fettleibigkeit", brachte mich auf den Gedanken der Fettsucht als Ursache der Impotenz, und in beiden Fällen brachte eine streng durchgeführte Marienbader Kur ohne jegliche Aphrodisiaca einen glänzenden Erfolg. Wer darauf achtet, wird hin und wieder hören, daß aus Karlsbad oder Marienbad zurückgekehrte Herren erzählen, daß sie in ihrer Potenz nach der Kur sich bedeutend gehoben fühlen.

Daß bei Nierenkrankheiten die Potenz allgemein schwindet, ist eine bekannte Erfahrungstatsache. Es dürfte hier allerdings wohl die Kachexie durch den starken Eiweißverlust mitsprechen. Im großen und ganzen aber wird der Arzt von seiten Nierenkranker durch Klagen über die Potenz wenig behelligt. Dieselben treten hier gegen die anderen, weit schwerwiegenderen Symptome zurück.

Einige Autoren, besonders ältere, wie der verdienstvolle Roubaud, haben noch verschiedene Krankheiten, wie Abmagerung, Marasmus, Chlorose und andere als Ursachen der Impotenz aufgeführt.

Eine besondere Stellung in der Impotenz nehmen die Erkrankungen des Hirns und Rückenmarks ein. Sie

können, ebenso wie die krankhaften Samenverluste, auch Impotenz nach sich ziehen. Allen voran steht die Tabes. Jeder Arzt weiß, daß in den späteren Stadien dieser Erkrankung Abnahme der Potenz zu den Regelmäßigkeiten gehört. Aber auch in den früheren Stadien stellt sie sich ein. Wird die Tabes ja bisweilen erst durch die Potenz wieder diagnostiziert, und neben Pupillenstarre, Ataxie, Herabsetzung des Patellarreflexes ist Impotenz ein sehr wichtiges, von den meisten Ärzten leider nur vernachlässigtes Symptom. Ich möchte auch hier nochmals betonen, daß der Arzt, wenn ein Patient zu ihm kommt mit Impotenz und er absolut keine ätiologischen Anhaltspunkte findet, neben Diabetes (einfache qualitative Nylanderprobe) auch auf Tabes untersuchen soll.

Wenn schon die allgemeine Neurasthenie die Potenz beeinflußt, kann man rückschließen, daß Hirn- und Rückenmarksleiden dies erst recht tun. Auch Verletzungen des Rückenmarkes, Myelitis usw. beweisen ihren Einfluß auf die Potenz. Fürbringer ist S. 87 seines Werkes näher darauf eingegangen.

Mehr Interesse hat für die Praxis die sog. Intoxikationsimpotenz. Bekannt ist die Wirkung des Alkohols auf die Potenz und das Sexualleben überhaupt. Ich persönlich stehe auf dem Standpunkte, daß der Alkohol einen außerordentlichen Einfluß auf das menschliche Sexualleben hat und bin der Meinung, das Alkoholismus und Geschlechtstrieb in inniger Wechselwirkung zueinander stehen, derart, daß geringere und mittlere Alkoholdosen die Libido anregen, größere Dosen sie schwächen. Das ist aber eine alte Binsenweisheit. Schon Shakespeare sagt im Macbeth: „Der Trank erhöht das Verlangen und nimmt die Ausführung weg", d. h. er ist Erreger der Libido, führt aber dabei doch zur Impotenz. Im leichten Rausch wird der Sexualtrieb gestärkt. Da aber der leichte Rausch oft zu einem starken führt, wird damit auch die Steifung des Gliedes herabgesetzt. Es ist dies auch im Volk wohlbekannt, daß nach reichlichem Genuß von Bier oder Wein eine Verzögerung resp. Erschwerung der Erektionsfähigkeit, event. selbst ein totales Versagen derselben herbeigeführt wird. Aber in der Zwischenzeit zwischen Exzessen beobachtet man bei Alkoholisten doch entschieden mit der allgemeinen Schwächung und Abgeschlagenheit einhergehend auch eine allgemeine Schwächung der Libido. Die Alkoholisten sind meist, eben infolge der chronischen Irritation der Nerven durch das Gift, Neurastheniker und damit entschieden, wenn nicht Impotente, so doch in ihrer Potenz Herabgesetzte. Denn die Libido selbst ist bei ihnen im allgemeinen gewöhnlich nicht geschwächt, im Gegenteil, sie wird durch die einzelnen Exzesse gesteigert,

und das ist eben das Verderbliche, die Steigerung der Libido im Alkoholrausch auf der einen Seite und die Schwächung der Erektionsfähigkeit des Gliedes auf der anderen Seite. Diese Disharmonie der sexuellen Erscheinungen führt oft notgedrungenerweise zu Perversitäten (wohlgemerkt nicht Perversionen!). Am bekanntesten ist, daß der Alkoholiker im Rausch zum Exhibitionisten wird. Der Trieb ist außerordentlich gesteigert, die Ausführung gehemmt. In diesem sexuellen Zwiespalt wird sie nun durch den mächtig erhöhten Trieb auf Irrwege geleitet. Die Libido schafft sich so, da sie sich auf natürlichem Wege nicht entladen kann, auf perversem Gebiet Luft. Auch Päderastie, Unzucht mit Kindern, sadistische und masochistische Akte werden begangen. Am bekanntesten ist aber, daß hier gerade die Bordelle außerordentlich unheilvoll wirken. Die Bordellbesucher kommen entweder schon völlig betrunken dorthin und vermögen nicht mehr ihrer gesteigerten Libido bei den Puellis auf normale Weise zu genügen, oder sie werden im Bordell durch Alkoholgenuß noch vollends trunken gemacht, und nun kommt es zu den scheußlichsten Perversitäten. Wie oft habe ich von Patienten, die im nüchternen Zustande nie fähig gewesen wären, in ein Bordell zu gehen, gehört, daß sie dies nur in Trunkenheit getan, und die ehrenwertesten Männer begehen dann im Rauschzustande die größten Scheußlichkeiten, weil sie in diesem Zustand nicht koitieren können, wie Coitus in sinus mammarum, Cunnilingus usw. Also vorübergehende, nicht Totalimpotenz, ist ein häufiger Zustand des chronischen Alkoholismus. Auch v. Gyurkovechky meint, daß „im allgemeinen die Einwirkung des Alkohols eine die Potenz herabsetzende" ist und hält den Biergenuß, ganz in Übereinstimmung mit Curschmann, für besonders ungünstig, und zwar deshalb, weil hier hauptsächlich die größeren Quantitäten in Betracht kommen sollen, welche zum häufigeren Urinieren und dadurch zur Erschlaffung „der maßgebende Teil" sein sollen und zur Funktionstätigkeit der Sexualorgane führen sollen. Ich muß gestehen, daß mir dies nicht einleuchtet und ich im Gegenteil mit Fürbringer der Meinung bin, daß Alkohol, ob in Form von Bier, Wein oder Schnaps genossen, die gleiche potenzverringernde Wirkung hat, und zwar nicht bloß fürs Weib, sondern auch für den Mann.

Über den Nikotinismus in seinen Wirkungen aufs Geschlechtsleben sind die Akten noch nicht geschlossen. Die akute Nikotinvergiftung kommt für uns nicht in Betracht, da in einem solchen Zustande wohl niemand an eine Betätigung seiner Potenz denkt. Der chronische Nikotinismus schädigt in größeren Dosen bekanntlich das Nervensystem, und so vermag vielleicht durch Vermittelung der Neurasthenie Nikotin auch eine potenzschwächende Wirkung auszuüben, aber Näheres ist

darüber bis jetzt noch nicht bekannt. Wir verdanken wohl den Untersuchungen von Schtscherback, uns gezeigt zu haben, daß Nikotin die Nervenzentren und Nervenzellen zweifellos schädigt, besonders das Übermaß im Rauchen. Einen exakten Beweis des Einflusses des Nikotins auf die Geschlechtssphäre haben wir bis heute aber noch nicht, obwohl Dr. Stephani, der Mannheimer Stadtschularzt, meint, daß bei den männlichen Arbeitern, die ständig der Tabaksatmosphäre ausgesetzt sind, die Libido besonders ausgeprägt sein soll.

Einen jedenfalls sehr depotenzierenden Einfluß hat das Morphium. Es ist eine allen Ärzten und wohl auch den meisten Laien bekannte Tatsache, daß Morphinismus eine allmähliche Abnahme der Potenz bedingt, und die besten Beobachter der Morphinisten, die Ärzte der Morphiumentziehungsanstalten, bestätigen dies. Es sind noch eine Reihe anderer depotenzierender Mittel angegeben worden, wie Jod, Brom, Salizyl, Kampfer usw. Brom und seine Derivate haben ganz entschieden eine die Libido herabdrückende Wirkung. Deshalb wird es ja noch vielfach gegen übermäßige Libido ärztlicherseits verordnet. Aber damit, daß es die Libido herabsetzt, ist noch nicht gesagt, daß es auch die Potenz mindert. v. Gyurkovechky will auch nach Arsenismus nie eine Verminderung der geschlechtlichen Kraft konstatiert haben, sondern eher das Gegenteil. Ich habe darüber keine Erfahrungen. Soviel ich weiß, ist auch in den Gegenden, wo Arsen regelmäßig genossen wird, wie in Steiermark und anderen Ländern, etwas derartiges wohl nicht konstatiert worden.

6. Impotenz bei sexuellen Anomalien und Perversionen.

Daß bei anormalem Geschlechtstrieb, wie Anaesthesia sexualis partialis (vgl. auch „Dyspareunie" bei den „Funktionsstörungen der Zeugung beim weiblichen Geschlecht" Bd. IV), eine Verminderung oder richtiger ein Seltenersein der Potenz, aber keine volle Aufhebung vorhanden ist, ist ja selbstverständlich, obgleich beide, Anaesthesia und Impotentia coeundi, hin und wieder noch verwechselt oder wenigstens identifiziert werden. Bei der Partialanästhesie ist also, je nach der Stärke der Anästhesie, mehr oder weniger Potenz vorhanden. Totale Anaesthesia sexualis gibt es meines Erachtens nicht, obwohl v. Krafft-Ebing und Hammond es bejahen. Ich habe in meinen „Vorlesungen über das Geschlechtsleben des Menschen", Band I, S. 215, diesen Zustand näher beschrieben und gesagt, daß er wahrscheinlich nicht existiert, weil bei normal entwickelten und normal funktionierenden Genitalien — und nur bei solchen kann man von Anaesthesia sexualis totalis sprechen — durch die in denselben vor sich gehenden Reifungsprozessen der Spermatogenese, der Ovulation usw. gewisse Hormone gebildet werden,

die eine Hinlenkung auf die Libido und Anreizung derselben ausüben müssen.

Es gibt nun noch gewisse Impotenzformen infolge von sexuell perversen Zuständen, besonders bei konträrer Sexualempfindung. Es ist infolge dieses perversen Fühlens die Impotenz durchaus nicht unbedingte Notwendigkeit, sondern nur ein relativ häufiger Zustand, besonders bei dem reinen Konträrsexuellen, zum Verkehr mit dem Weibe wie durch unbedachte Heirat Gezwungenen. So zeigt sich entweder volle oder nur partielle oder gar keine Impotenz. Leider wird hier manche Sünde von Ärzten begangen, weil sie nicht genügend bekannt sind mit der Erscheinung der Homosexualität, wie überhaupt der sexuellen Perversionen. Vor einiger Zeit wurde mir vom Kollegen Hirschfeld, Berlin, dem besten Kenner der Homosexualität, ein Homosexueller zugesandt, der sich verheiratet hatte und innerhalb einiger Jahre seiner Ehe auch nicht einmal imstande gewesen war, sich sexuell bei seiner Gattin zu betätigen. Letztere verlangte nach seiner Angabe nur nach einem Kinde, und der verzweifelte Patient hatte seiner Gattin sogar schon den Rat gegeben, im außerehelichen Verkehr mit einem anderen Manne Befruchtung zu suchen. Dieses namenlose Elend war dadurch hereingebrochen, daß Patient vorher einen „Spezialarzt für Geschlechtsleiden" gefragt hatte, ob er heiraten dürfe, da er doch bisher noch niemals einen Koitus mit einem weiblichen Wesen hatte ausüben können. Der Arzt hatte ihm geantwortet: Er solle nur heiraten, das finde sich schon in der Ehe (!).

Ich glaube, wenn nicht eine Bisexualität mit besonders starkem, weitaus überwiegendem heterosexuellem Einschlag vorliegt, muß der Arzt, da er bezüglich der in der Ehe sich entwickelnden Impotenz nichts Genaueres aussagen kann, von dem Eingehen einer Ehe strikt abraten. Natürlich spielt auch das bisherige Sexualleben des Patienten und seine Potenz in der Beurteilung eine große Rolle.

Auch bei den heterosexuellen Perversionen kommt es auf den Grad der Perversion an. In zahlreichen Fällen von Sadismus ersetzt die sadistische Grausamkeit an anderen allein schon den Koitus. Vielfach ist es jedoch so, daß der Koitus vorgenommen wird, allerdings entweder unter Zuhilfenahme sadistischer Handlungen oder wenigstens sadistischer Vorstellungen. Bisweilen ist auch die sadistische Handlung nur Mittel zum Zweck, vorgenommen, um die Potenz herbeizuführen. In solchen Fällen ist also die Potenz wohl vorhanden, aber gebunden an sadistische vorhergehende Akte.

Der Masochismus stellt ja nicht das Gegenteil, sondern das Pendant zum Sadismus, die Ergänzung zu demselben dar. Ich habe in meinen „Vorlesungen über das Geschlechtsleben des Menschen",

Bd. II, S. 180 ff., gesagt: „Das Gefühlsleben ist bei beiden perversen Erscheinungsformen dasselbe, sie sind nur verschiedene Äußerungen **ein und derselben** Richtung des Geschlechtstriebes. Diese letztere ist bei beiden eine perverse, aber nicht entgegengesetzte, sondern beide sind nur bestimmte Modulationen und Variationen ein und derselben verkehrten Richtung. Das geht schon daraus hervor, daß beide sich nicht gegenüberstehen, wie meinetwegen der Hetero- und Homosexualismus. Beide sind nicht Gegensätze, sondern gegenseitige Ergänzungen. Beide zeigen allmähliche Übergänge, ja bisweilen bei ein und derselben Person."

Der Sadismus führt infolge der Impotenz natürlich oft zur Untreue des Weibes. Ich kenne einen solchen Fall, wo der sadistische Ehemann impotent ist, aber von seiner Frau, die sich nicht schlagen läßt, Treue verlangt. Die Frau hat ein Verhältnis mit einem unverheirateten ca. 33jährigen Mann.

Auch beim Masochismus kann totale Impotenz vorhanden sein. Es kann dem Masochisten das Geschlagen- und Gequältwerden allein schon genügen und den Koitus ersetzen. In einem Falle, wo ein hiesiger Arzt mich zuzog, weigerte sich die Frau ganz entschieden, den Mann zu schlagen. Sie schien aber mit einer ziemlich starken Libido behaftet zu sein. Der Mann, ein hochbegabter Künstler, nebenbei ein hochgradiger Masturbant, war nur potent unter masochistischen, ganz typischen Demütigungen und Mißhandlungen. Er verlangte, den Fuß seiner Frau auf seinem Nacken gesetzt zu haben, als Reitpferd im wahrsten Sinne betrachtet, mit Schlägen traktiert zu werden, als Sklave angesehen und gedemütigt zu werden usw.

Wie die Ehe in solchen Fällen aussieht, wenn der andere Ehegatte nicht auf die Wünsche eines solchen Perversen eingeht, kann man sich ja vorstellen. Ich habe den Eindruck, als wenn der Masochismus, auch in der Ehe, weit verbreiteter wäre als der Sadismus, wenigstens bei uns. Das mag vielleicht daher mit kommen, daß der Masochist meint, in dem Ehegenossen viel eher eine Person zu finden, die ihn schlägt, als umgekehrt der Sadist vermuten kann, eine Person zu finden, die sich mißhandeln läßt. Deswegen sind die Sadisten wahrscheinlich relativ weniger zur Ehe geneigt. Die ideale Ehe würde hier eine solche zwischen einer sadistischen und einer masochistischen Ehehälfte sein. Aber auch hier ist die Potenz keine absolut sichere.

Jedenfalls ist der Arzt, wenn ein Ehekandidat an ihn mit der Frage herantritt, ob er heiraten darf, da seine Potenz zurzeit auch ohne sadistisch-masochistische Tätlichkeiten gut sei, resp. er nur der geistigen Vorstellung der letzteren zur Potenz bedürfe, meines Erachtens verpflichtet, von dem Eingehen einer Ehe dringend abzuraten,

denn die Potenz wechselt hier außerordentlich, sie kann in der Ehe ganz schwinden! Andererseits kann wohl auch ein schwach ausgebildeter Sadismus resp. Masochismus in der Ehe durch Daraufeingehen des anderen Gatten und allmähliche Reduzierung ganz zum Verschwinden gebracht werden, besonders wenn der Betreffende noch recht jung. Aber mit diesem günstigen Ausgang, der eben nur in schwächeren Fällen eintreten kann, ist nicht zu rechnen. Jedenfalls sind Masochismus und Sadismus bezüglich der Potenz immer recht verhängnisvolle und keineswegs a priori von vornherein prognostisch genau bestimmbare Faktoren!

Weniger ist der Fetischismus der Potenz und der Ehe gefährlich, weil er sich vielfach noch in der Breite des Physiologischen abspielt und ein physiologischer Fetischismus in jedem Liebeswerben eine Rolle spielt. Wenn aber der Fetischismus, der nur auf einen bestimmten Körperteil sich erstreckt, perverse Akte bedingt, und die Potenz nicht eine normale, sondern nur künstlich zu erreichende ist, ist auch hier das Eingehen einer Ehe strikt abzuraten. Also auch beim Fetischismus ist die Potenz sehr abhängig von dem Grade des perversen Zustandes, wenn auch nicht in dem Maße wie beim Sadisten und Masochisten, weil bei geringem Grade dieser Veranlagung die perverse sexuelle Handlung leichter möglich ist und dadurch die Potenz schneller hergestellt werden kann. Ein zweischneidiges Schwert ist und bleibt aber auch der etwas stärker ausgeprägte Fetischismus, denn er kann zur Impotenz führen resp. zu starker Erschwerung der Potenz. Alle diese Handlungen, auch die fetischistischen, können, selbst bei Ehegatten, zu strafbaren Handlungen führen, außerhalb der Ehe zu Diebstählen an Fremden usw., ganz abgesehen davon, daß alle diese künstlichen Mittel zur Herbeiführung der Potenz einen höchst abstoßenden und auch psychisch in seinen Folgen gar nicht vorauszusehenden Faktor sind und schließlich zu körperlichen und seelischen Qualen für den anderen Gatten werden.

Bei Masochismus, Sadismus, Fetischismus und Homosexualität ist die Potenz vielfach eine sehr geringe und Impotenz schon eingetreten resp. in der Entwicklung begriffen. Oft stellen diese Perversionen überhaupt nur eine Art Impotenz, für den normalen Sexualverkehr mit dem anderen Geschlecht wenigstens, dar, und prognostisch ist die Beurteilung der Potenz sehr gewagt. Der Arzt sei recht vorsichtig in dieser Beziehung, und wenn er sich in diesen Dingen nicht genügend orientiert weiß, überweise

er den Fall lieber einem Spezialisten, der in sexuellen Dingen Bescheid weiß.

Daß hin und wieder auch Impotenzformen dem Arzt auftauchen, bei denen ein ätiologisches Moment selbst bei genauestem Nachforschen nicht zu finden ist, ist bekannt. Doch gehören diese Fälle zu den größten Seltenheiten, die wir hier übergehen können. Weit eher finden wir schon Fälle, bei denen mehrere ätiologische Momente mitgewirkt haben. So findet man z. B. bei der häufigsten der Impotenzformen, der nervösen, daß Alkoholismus und Onanie resp. diese und Sexualabusus zusammen wirken und dadurch die beginnende Impotenz beschleunigen.

Es gibt schließlich noch ganz seltene Impotenzformen, die für die Praxis überhaupt nicht in Frage kommen, z. B. auf Erkrankungen der Hirnhypophyse beruhend. Hierbei zeigt sich männlicherseits ein Versagen der Potenz, weiblicherseits Aufhören der Menstruation. Gleichzeitig treten aber die bekannten Erscheinungen der Akromegalie, Amblyopie, Amaurose usw. auf, event. auch Degeneration der Keimdrüsen. Daß Hypophyse und Keimdrüsen in innigem Konnex stehen, beweist unter anderem auch, daß man bei Kastration weiblicher Tiere Hypertrophie der Hypophyse fand. Vielleicht regt die innere Sekretion der Keimdrüse zur Hypertrophie der Hypophyse an.

Bekanntlich hängt auch der Riesenwuchs, der Gigantismus, mit der Hypophyse zusammen. Auch hier finden wir Herabsetzung der Sexualtätigkeit, mangelnde oder ganz fehlende Potentia coeundi, mangelnde Menstruation und Konzeptionsfähigkeit der Frau. Während alle inneren Organe hypertrophieren, atrophieren die Keimdrüsen dabei resp. zeigen, ebenso wie Penis, Vagina, Uterus, Ovarium, Prostata, Samenblasen mangelhafte Entwicklung. Daß beim Riesenwuchs die mangelhafte innersekretorische Tätigkeit der Keimdrüsen das Primäre ist, dafür sprechen die Versuche von Fichura („Sur l'hypertrophie de la glande pituituire consécutive à la castration.“ Il policlinico Juni, Juli 1905), daß Veränderungen an der Hypophyse nach Kastration durch Keimdrüsenextrakte einzuschränken sind.

Die Wirkung der Impotenz auf die menschliche Psyche.

Wenn auch die physische Liebe der Güter höchstes nicht ist, so kann doch nicht geleugnet werden, daß dieselbe einen ungeheuren und unser ganzes Dasein durchdringenden Einfluß ausübt, ganz besonders in der Zeit der Geschlechtsreife, vom praeter propter 20. bis 50. Lebensjahre, um so mehr, als die letzten zwei Dezennien dieses Lebensabschnittes, das 30. bis 50. Lebensjahr, dem ehelichen Geschlechtsleben gewidmet sind, und wenn in unserem materiellen Zeitalter auch noch so sehr materielle Gesichtspunkte beim Eingehen einer Ehe maß-

gebend sind, in erster Linie läuft auch die Geldehe, für die Frau wenigstens, meist auf sexuelle Grundlage hinaus. Der Mann muß, wenn er eine Ehe eingeht, damit rechnen, für mindestens zwei Jahrzehnte der Gattin geschlechtlich genügen zu können. So will es auch das Gesetz. Eine kräftige und gute Potenz kann einen Gatten zeit seiner Ehe über alle irdische Unbill und Schicksalsschläge hinwegblicken lassen. Sind beide Ehegatten zu einem glücklichen Sexualleben vereint, so wird das für sie ein Ansporn und Trost sein, weit besser, selbst unter schlechten äußeren Verhältnissen zusammenzuleben und glücklich zu sein, als wenn der Mann, selbst bei günstigen Lebensbedingungen, nicht imstande ist, seine Frau sexuell zu befriedigen. Unser ganzes Denken und Empfinden, es kann nicht geleugnet werden, wird durch die geschlechtliche Sphäre beherrscht, und ein Mißerfolg in der Ehe trübt nicht allein die Ehefreuden, sondern hat rückwirkende Kraft auf das körperliche und seelische Befinden des Ehegatten, auf sein ganzes Dasein, seine gesellschaftlichen Interessen resp. seine Stellung, die er im Leben einnimmt. Die Impotenz wird immer einen mehr oder weniger schädigenden Einfluß auf sein gesamtes Dasein auslösen. „Es ist die Impotenz ein Leiden, das für einen denkenden Menschen nicht ohne Einfluß auf die Gemütsstimmung bleiben kann. Sicher befindet sich auch der größte Teil der Impotenten in einer sehr deprimierten Gemütsstimmung, denn Enttäuschung und Verzweiflung ergreift den Impotenten beim Mißlingen des Koitus. Der Beischlaf ist, wenn er überhaupt gelingt, ein außerordentlich angreifender, hochgradig schwächender, ohne genügende Befriedigung. Es folgt eine pathologische nervöse Abgeschlagenheit nach einem selbst gelungenen Beischlaf beim Weibe, so daß die Eheleute nur mit Zittern und Zagen an den Koitus gehen. Gelingt der Beischlaf aber überhaupt nicht, so fühlen sich die Patienten namenlos unglücklich, sie stellen Vergleiche an mit ihren potenten Mitmenschen und verfallen in eine melancholische resp. hypochondrische Gemütsstimmung, zumal wenn die Impotenz eine selbstverschuldete, auf onanistischen Ausschweifungen, geschlechtlichen Erkrankungen beruhende ist. So kommen noch die Selbstanschuldigungen, die Gewissensbisse hinzu, die den Impotenten — zumal den verheirateten — zu einem unaussprechlich unglücklichen Menschen zu stimmen vermögen. Es spielt natürlich auch hier wieder die seelische Disposition eine große Rolle. Während der eine mit größter Kaltblütigkeit ohne jeglichen Gewissensskrupel die völlig selbstverschuldete Impotenz hinnimmt, kann der andere schon durch eine unverschuldete Impotenz der tiefsten Melancholie, die jegliche Freude am Lebensdasein untergräbt, in die Arme getrieben werden." (Rohleder, Die krankhaften Samenverluste usw., S. 77.)

v. Gyurkovechky hat nur zu recht, wenn er die Impotenz als

eine „sehr schwere" Erkrankung bezeichnet. Es kommt noch hinzu, daß die Impotenz eben eine „Funktionsstörung der Zeugung" ist, Sterilität der Ehe bedingt, und wer da weiß, welch unheilvollen Einfluß die Kinderlosigkeit in der Ehe besonders für die Frau bedingt, wird den gesamten Einfluß der Impotenz in der Ehe für Mann und Frau ermessen können. Genannter Autor sagt loc. cit., S. 3:

„Der Charakter des Menschen, besonders wenn er nicht zufällig eine Duldernatur besitzt, leidet nämlich ganz bedeutend unter dem Bewußtsein des sich Impotentfühlens. Niemand ist in der Beurteilung seiner Menschen so strenge wie ein Impotenter. Niemand verurteilt so rücksichts- und erbarmungslos jeden durch irgendeine große Leidenschaft verursachten Mißgriff gegen die hochweisen Gesetze der Moral als ein Impotenter, der ja nicht mittun kann und sich sein Nichtkönnen als ein Verdienst anrechnet. Denn der Impotente macht aus der Not eine Tugend.

Das Streben des Mannes, sich ein Heim, eine Familie zu gründen, welches ihn zur Arbeit aneifert und zur Vollbringung großer Werke, in seinem Wirkungskreis natürlich, befähigt, entfällt beim Impotenten vollständig. Dem Impotenten liegt nichts am Leben, und trotzdem ist er feige. Seltener kommt es vor, daß Impotente aus Verzweiflung tollkühn und todesverachtend werden. Der Impotente ist keiner Liebe fähig . . .

Das Ehrgefühl ist ebenfalls im engen Zusammenhang mit der geschlechtlichen Potenz, da es sich erst mit der Pubertät einstellt.

Schließlich soll auch nicht vergessen werden, welch erbärmliche Rolle der ganz oder auch nur teilweise impotente Mann, sowohl in der Ehe, als auch in jedem anderen Liebesverhältnisse spielt. Er muß der weiblichen Liebe und Sorgfalt entsagen, denn das Weib — von dem Golopin ganz mit Recht sagt: ‚Sans cette bonne amie, l'aurore et le soir de la vie serait sans secours et son midi sans plaisir' — schwingt sich, bei aller dem ganzen Geschlecht angeborenen Aufopferungsfähigkeit, selten zu einem so hohen Grade von Entsagung, um einen Impotenten zu lieben."

Noch besser aber als all diese Worte des erfahrenen Gyurkovechky zeigt uns den Einfluß der Impotenz auf den Mann der physische Zustand der Eunuchen, der durch Wegnahme des Begattungsorganes künstlich impotent gewordenen unglücklichen Wächter der orientalischen Harems. Es sind in ihrer ganzen Individualität entschieden bedeutend geschädigte Menschen. Sie sind seelisch sehr deprimiert und unglücklich. Hirschfeld, Berlin, wurde einmal in Konstantinopel einem türkischen Eunuchen aus vornehmem Hause vorgestellt, den ersterer unter Hinweis auf seinen Glanz und Reichtum für sehr beneidenswert hielt. Der Eunuche gab zur Antwort: „Glauben Sie

mir, Doktor, arm wollte ich sein, ganz arm, wenn ich nur das eine hätte, was mir fehlt (Hirschfeld, „Naturgesetze der Liebe“, S. 175). Wenn Lallemand in seinem berühmten Werk: „Des pertes séminales, Bd. II, pag. 123, sagt: „Le sentiment de l'impuissance est le plus humiliant qui puisse affliger l'homme; car il le dégrade à ses propres yeux sans lui laisser une seule illusion possible, un seul instant de miséricorde“, so zeigt dieser vorzüglichste Kenner der sexuellen Funktionsstörungen seiner Zeit, wie richtig er nicht nur den physischen, sondern auch den psychischen Zustand seiner Patienten erkannt hat.

Für die meisten geschlechtsreifen und geschlechtsnormalen Männer ist also die Potenz der Brennpunkt für die bedeutendste und vielleicht auch die schönste Zeit ihres Daseins, und mag der Mann geistig auch noch so hoch stehen, dieses Attribut der geschlechtlichen Kraft und damit der Libido wird ihn stets herabziehen aus seinen Idealen in die Welt der Wirklichkeit. Selbst das größte Genie, der unsterbliche Geist wird „Mensch“, wenn seine Libido sich regt und zum Sexualgenuß ihn hinzieht, und in diesem Moment ist das Gefühl der Potenz wohl das erhabenste und schönste seines Menschentums, dessen er sich eben nie recht bewußt wird, wie der Gesunde seiner Gesundheit, sondern nur der Arzt und der — Impotente selbst, das der letztere dann aber mit um so tieferem Bedauern und größerer Resignation vermißt. Betrachten wir also den Impotenten als einen wirklichen „Kranken“, der sich namenlos unglücklich fühlt und dem wir als Arzt nach Kräften zu helfen bereit sein sollen. Eine Kenntnis der Therapie der Impotenz ist also für jeden Arzt nicht nur eine Berufsnotwendigkeit, sondern genau wie bei anderen Erkrankungen auch eine Pflicht der Nächstenliebe. Wenn der hin und wieder wegen Impotenz stattfindende Selbstmord bezweifelt wird, so bin ich vor mehreren Jahren an einem solchen Unglücklichen, der allerdings an unheilbarer Impotenz litt, eines anderen belehrt worden.

Die Wirkung der Impotenz auf das Zeugungsvermögen ist abhängig von der Form der ersteren.

Dasselbe ist bei gewissen organischen Impotenzformen erloschen, bei den meisten jedoch erhalten, ebenso bei der nervösen und psychischen Impotenz, und somit kann die Gattin bei Kinderlosigkeit in der Ehe infolge von Impotenz des Mannes wenigstens noch den eventuellen Trost einer „künstlichen Zeugung“ erhalten, weil das Sperma hier noch ein normales ist. Der Ausspruch v. Gyurkovechkys: „Ohne Potenz keine Zeugung“ ist, wie eben die künstliche Zeugung in manchen solcher Fälle zeigt, ein falscher. Potenz und Zeugungsvermögen resp. Impotenz und Zeugungsunvermögen sind keineswegs zwei sich deckende Begriffe. Denn die Hauptsache ist beim Manne für die Zeugung nicht die Erek-

tion, sondern gesundes Sperma und Ejakulation desselben. Fürbringer hat einen Fall beobachtet, wo trotz der Impotenz ein relativ perfekter Koitus mit ziemlich tiefem Eindringen des Penis in vaginam zu einer Konzeption führte. Ist zu einer Zeugung auf natürlichem Wege für gewöhnlich eine Immissio penis erecti in vaginam auch Bedingung, so wissen wir doch von Notzuchts- und von anderen Attentaten, daß auch eine Ejaculatio spermatis ante portam, also am Scheideneingang, bisweilen zur Befruchtung genügt.

Die

Pathologische Anatomie

ist meist noch recht wenig geklärt. Bis zu einem gewissen Grade darf man aber doch wohl heute schon von einer „pathologischen Anatomie der Impotenz" sprechen. Ich sehe hier ab von der organischen Impotenz, wo ein Fehlen oder eine Verkleinerung des Penis, ein ebensolches Vorkommnis an den Hoden, eine Schwielenbildung und dadurch verhinderte Erektion des Penis gleichzeitig das physiologisch-anatomische Substrat bilden. Ebenso ist bei einer Rückenmarks- resp. Hirnerkrankung, wie Tabes dorsalis, Paralyse, Quermyelitis die pathologische Anatomie in den Erkrankungen der betreffenden Zentren mit gegeben. Von einer eigentlichen pathologischen Anatomie bei Impotenz können wir heute wenigstens bei jenen Formen sprechen, die ätiologisch auf durchgemachte Erkrankungen der Genitalorgane, besonders chronische Gonorrhöe der hinteren Harnröhre, der Pars prostatica beruhen. Es sind dies hauptsächlich jene Fälle von Impotenz, welche früher als krankhafte Samenverluste in die Erscheinung traten und allmählich in Impotenz übergingen.

Mikroskopisch zeigt die Schleimhaut die charakteristischen Erscheinungen eines chronischen Urethralschleimhautkatarrhs. Vielfach sitzt, wie Neelsen gezeigt hat, die Erkrankung in einzelnen Herden, nicht gleichmäßig über die Schleimhaut verlaufend. Die Entzündung verläuft hier in der subepithelialen Bindegewebsschicht in einer kleinzelligen Infiltration. Das Epithel ist über diesen Stellen meist gelockert, gequollen, das Zylinderepithel in Plattenepithel verwandelt. Wenn Narbengewebe resp. Schwielen sich gebildet haben, zeigt sich sogar Verhornung der Plattenepithelzellen. Die Drüsen zeigen eine vermehrte Sekretion und ihre Wandungen eine bindegewebige Infiltration. Kurz, ein chronischer Reizzustand, Katarrh liegt vor.

Ganz vortreffliche Untersuchungen hat Finger angestellt. Er fand im allgemeinen, daß die chronische Gonorrhöe in der Pars prostatica, aber auch in der Pars anterior eine chronische Entzündung des subepithelialen Bindegewebes darstellt, die im ersten Stadium Infiltration, Bindegewebsneubildung, im zweiten Stadium Schrumpfung,

Schwielenbildung zeigt. In der Hauptsache verläuft der Prozeß in den subepithelialen Bindegewebsschichten, doch kann er sich, was für uns gerade wichtig ist, auch in die Tiefe, in die Ductus ejaculatorii, fortsetzen, hier Veränderungen der Wandungen derselben und Schrumpfung hervorbringen.

Im speziellen zeigen sich nach Finger in der Pars prostatica urethrae

Makroskopisch: Auflockerung der Schleimhaut mit Bildung papillärer Exkreszenzen, die der Schleimhaut ein zottiges Aussehen verleihen. Besonders zeigt sich dieses Bild ums Caput gallinaginis resp. auf diesem selbst. Die Erkrankung erreicht aber nie das Ostium vesicae. Das Caput gallinaginis selbst zeigt sich bedeutend vergrößert, und zwar gleichmäßig. Die Schleimhaut ist aufgelockert, gestichelt. Hin und wieder finden sich Schwielen an der Oberfläche. Das Prostatasekret zeigt entweder nur Epithelzellen als zylindrische, kubische oder polygonale, die sog. Prostatitis glandularis desquamativa oder gleichzeitig auch Eiterzellen, die sog. Prostatitis glandularis suppurativa.

Mikroskopisch: zeigt sich ein chronischer Entzündungsprozeß, im ersten Stadium als kleinzellige Infiltration und Bindegewebsproliferat, im zweiten Stadium als narbiges Bindegewebe. Im Übergangsstadium zwischen beiden Prozessen kommt es bisweilen zum Auswachsen infiltrierten Bindegewebes, zu kleinen Exkreszenzen. Besonders am Caput gallinaginis verläuft der Prozeß so. Infolge dieser Infiltration kommt es eben zu urethroskopisch sofort in die Augen springenden Vergrößerungen des Caput gallinaginis, und die darauf folgende Schwielenbildung im zweiten Stadium obliteriert die Ductus ejaculatorii. Ist dieser Entzündungsprozeß auf die obersten Schichten des subepithelialen Bindegewebes beschränkt, so ist er auch noch heilbar, weil er dann nur in der Schleimhaut sitzt, nur mukös ist. Wir haben dann das Bild der Colliculitis. Der Prozeß geht aber in einer Reihe von Fällen auf die Tiefe über, entlang den Ductus ejaculatorii. Dadurch werden sowohl im ersten Stadium der Infiltration als auch im zweiten der Bindegewebswucherung die Ausmündungen der Ductus verengt, und das bekannte Symptom des stechenden Schmerzes im Momente der Ejakulation stellt sich ein. Wuchert nun der Prozeß entlang den Ductus ejaculatorii weiter, so werden dieselben allmählich starrer, verlieren ihren Tonus, und es kommt zur Spermatorrhöe. Obliterieren die Ductus ejaculatorii völlig, werden wir, wenn einseitig, Oligospermie, wenn beiderseitig, Aspermatismus als Folgezustand beobachten. Setzt sich der Katarrh noch weiter fort bis zur Prostata, so erhalten wir den eben geschilderten Zustand der Prostatitis, entweder der suppurativen, d. h. der rein desquamativen oder der eitrigen Prostataentzündung und die Prostatorrhöe, und bei letzterer wird nicht bloß die Vitalität der Spermatozoen ver-

mindert, die der gesunde Prostatasaft, wie wir durch Fürbringers Forschungen wissen, anregt, sondern die Eiterbeimengung wird auch den Zustand der Nekrospermie der toten Spermatozoen herbeiführen.

So ist durch diese Fingerschen anatomischen Forschungen Licht in die verschiedenen Zustände der Spermatorrhöe, der Colliculitis, der Oligospermie und des Aspermatismus (siehe auch nächstes Kapitel: „Die Sterilität") gebracht worden.

Einige Autoren haben die Bedeutung der Colliculitis weit überschätzt und diese in der Hauptsache nicht bloß als Folge chronischer Gonorrhöe, sondern anderer geschlechtlicher Unarten betrachtet. So sagt Orlowski, loc. cit. S. 49: „Die Onanie ist der ätiologische Faktor für die Unverheirateten, der Coitus interruptus für die Verheirateten, Onanie führt selten, Coitus interruptus stets dazu." Abgesehen davon, daß Onanie auch von Verheirateten, Coitus interruptus vielfach (in sog. „Verhältnissen") auch von Unverheirateten ausgeübt wird, führt meines Erachtens Onanie allerdings selten, Coitus interruptus nicht viel häufiger dazu. Daher haben sich die Anschauungen dieses Autors auch bezüglich der Therapie nicht überall durchgerungen.

Fürbringer u. a. Autoren sind wohl ebenfalls dieser Meinung. Die anderen als Ursache für Colliculushypertrophie angeführten Ursachen, wie frustrane Liebe, französische Liebe, gehäufter Coitus, sind mir ebenfalls nicht als solche einleuchtend. Daß es aber bei Coitus interruptus, hin und wieder vielleicht auch bei der sog. frustranen Liebe, eben durch Nichtauslösung des Tonus und damit der Blutstauung zu Colliculitis im Laufe der Jahre kommen kann, ist sicher. Aber bei der französischen Liebe, die vielfach nur als präparatorischer Akt ante coitum gebraucht wird, kommt es wohl auch meist zur Auslösung des Orgasmus mit seinen sämtlichen Folgen, Ejakulation mit Blutentleerung des Genitalschlauches, so daß hier die Bedingungen zur Ausbildung der Colliculitis im allgemeinen nicht gegeben sind.

Die

Diagnose der Impotenz

ist keineswegs so leicht, wie man meinen sollte, aus dem einfachen Grunde, weil wir bei derselben auf die Angaben der Patienten angewiesen sind. Sie ist eine subjektive, keine objektive. Die subjektiven Angaben sind aber, wie in so vielen sexuellen Dingen, nicht immer schlechtweg als glaubhaft zu verwerten. Die vorhergegangene Onanie wird oft geleugnet, desgleichen der Coitus interruptus oder der unmäßige Geschlechtsverkehr, größere geschlechtliche Abnormitäten, wie die sog. „französische Liebe" i. e. der Fellatorismus. Andererseits vermögen oft selbst hochintelligente Männer nicht anzugeben, ob eine Immissio penis noch möglich resp. ob die Ejakulation

noch ante portam erfolgte, und drittens bringen gerade die Impotenten, weil sie sich namenlos unglücklich fühlen und nicht glauben können, daß auch ein Arzt Verständnis für ihr Leiden haben könne, demselben nicht das nötige Vertrauen entgegen. Es müssen hier bei Impotenz die allerintimsten Vorgänge des Familienlebens resp. bei Unverheirateten des „Verhältnislebens“ offenbart werden und mancher Patient scheitert an dieser Klippe.

Ein Teil der Patienten, meines Erachtens der geringere, geht leicht über das Leiden hinweg. Die Diagnose ist also recht oft sehr subjektiv. Am objektivsten wird sie durch den endoskopischen Befund in jenen wenigen Fällen, die auf chronischer Gonorrhöe der hinteren Harnröhre beruhen, durch Befund der Colliculitis.

Man schlage bei der Diagnose der Impotenz folgenden Gang der Untersuchung ein, den ich in den „Krankhaften Samenverlusten“, S. 79, geschildert: „Um von vornherein eine möglichst genaue, wahrheitsgemäße Anamnese bezüglich des Geschlechtslebens zu erlangen, suche der Arzt 1. das falsche Schamgefühl des Kranken zu beseitigen, am besten dadurch, daß er die Impotenz als etwas Krankhaftes, meist Unverschuldetes bezeichne, dessen sich kein Kranker zu schämen habe, 2. schlage er einen genau schematischen Gang in der Untersuchung und korrekten Fragestellung ein. Ich verfahre derart, daß ich nach der Anamnese des Patienten zuerst eine genaue Besichtigung und Untersuchung der Genitalien vornehme, um dabei event. organische Impotenz zu entdecken, hierauf nach sexueller Neurasthenie forsche (die nervösen Impotenzformen sind die häufigsten), darauf event. auf psychische Impotenz fahnde und fast stets, es ist dies sehr wichtig, auf Diabetes und Tabes untersuche; eine kurze qualitative Untersuchung auf Saccharum mittels Nylanders Reagens und eine Untersuchung auf Tabes, wie schnell sind sie ausgeführt und wie oft verkünden sie den wahren Sachverhalt! Die anderen Impotenzformen kommen viel seltener in Betracht, und möge der Kollege, wenn der bisherige Gang der Untersuchung ihm keine Anhaltspunkte gegeben, an die anderweitigen Gruppen der Impotenz denken. Nie aber vergesse der Arzt eine Untersuchung auf Diabetes und Tabes“. Ich habe loc. cit. in einem typischen Beispiel gezeigt, wie wichtig eine solche Untersuchung ist. Einst konsultierte mich eine Dame wegen der „zunehmenden Kälte“ ihres Mannes im sexuellen Verkehr. Sie glaubte, daß ihr Mann extramatrimoniell sich vielfach betätige und bat mich um eine Untersuchung desselben. Dieser war als Ärztefeind nur sehr schwer zur Konsultation zu bewegen. Nach langem Zureden gelang dies, und da organische, nervöse und psychische Impotenz nicht zu konstatieren war, untersuchte ich auf Tabes. Unregelmäßige Pupillen, sehr große Trägheit derselben und lanzinierende Schmerzen, die bisher

als rheumatische aufgefaßt worden waren, ergaben das Anfangsstadium der Tabes. Es war noch kein ataktischer Gang, wohl aber schon Impotenz als Frühsymptom vorhanden!

Ein anderer Herr, Postbeamter, konsultierte mich wegen Abmagerung und gleichzeitiger Impotenz. Saccharum im Urin. Auch hier Impotenz Frühstadium.

v. Gyurkovechky meint, auch äußerlich objektiv schon bei sexuellen Exzessen verschiedenen Befundes konstatieren zu müssen, daß „ausnahmslos" (sic!) Schlaffheit und Blässe des Penis und der Hoden, glatter Hodensack und in der Folge Erschlaffung der Muskeln in der Tunica dartos, tief herabhängende Hoden bei Impotenten nach onanistischen Exzessen vorhanden seien. Ich muß bedauern, dem strikt widersprechen zu müssen. Meines Erachtens hinterläßt die Onanie keine derartigen onanistischen Kennzeichen und daraufhin vorhergegangene Onanie zu diagnostizieren, halte ich für sehr gewagt. Die onanistische Impotenz gibt keine derartigen objektiven diagnostischen Merkmale!

Bei der Impotenz auf hetero- oder homosexuellen Perversionen sind wir auf die Angaben der Patienten angewiesen, und ich verweise bezüglich näheres dieser Zustände auf die ausführliche Darstellung in Band II meiner „Vorlesungen über das Geschlechtsleben des Menschen".

Die

Prognose der Impotenz

ist eine ganz verschiedene, je nach der der Impotenz zugrunde liegenden Ursache. Der Arzt stelle die Prognose nur nach der Eruierung der Ätiologie. Ebenso wie für die ganze Behandlung die Ätiologie unumgänglich ist, so auch für die Stellung der Prognose. Prognose und Therapie sind abhängig von dem Grundleiden. Denn ist die Ursache nicht zu beseitigen, wird auch die Prognose eine infauste sein, wie z. B. bei der organischen Impotenz bei Mißbildungen des Penis. Aber auch hier ist bisweilen einige Aussicht auf Heilung. Finger erwähnt einen Fall, wo Dumreicher bei einer Chorda penis durch Keilexzision die Schwiele aus dem Corpus cavernorum entfernte und Heilung brachte. Im großen und ganzen sind die organischen Impotenzformen quoad sanationem völlig infaust, ebenso die Impotenz bei Hirn- und Rückenmarksleiden. Bei der Intoxikationsimpotenz ist die Prognose wohl ein wenig, aber nicht viel besser. Bei der nervösen Impotenz ist sie sehr schwankend, sie richtet sich hier nach dem Stadium, ob bloß präzipitierte Ejakulationen da sind und Morgenerektionen noch erscheinen oder ob die Steifung des Gliedes schon eine ungenügende ist. Im ersteren Fall ist sie besser, im letzteren schlechter, am günstigsten ist sie, wenn sie durch Colliculitis bedingt ist, wenigstens im

ersten Stadium der Entzündung. Ist hier schon das zweite Stadium, das der Schwielenbildung, eingetreten, ist sie ungünstig.

Günstig ist sie ferner, im Gegensatz zu den Angaben Fingers, bei Onanie.

Am günstigsten ist die sog. psychische Impotenz, die Hochzeitsnachtimpotenz, am ungünstigsten die paralytische Impotenz. Sie ist absolut unheilbar.

Die Prognose ist aber noch abhängig von der Dauer des Leidens und dem Alter des Patienten. Je länger dasselbe besteht, um so ungünstiger ist sie und umgekehrt. Fürbringer hat bei seinen Impotenten in 25% Dauerheilungen, in 25% Besserungen und in 50% völligen Mißerfolg gesehen. Nach dieser Allgemeinheit, wo alle Impotenzformen zusammengeworfen worden sind, ist es schwer, eine allgemeine Prognose der Impotenz zu stellen. Es ist dies auch relativ wertlos, da hier Individualität und ganz genaue Klassifizierung der Impotenzform die Hauptsache ist. Jedenfalls ist Hauptgrundsatz: Der Praktiker sei bei Stellung der Impotenzprognose recht vorsichtig, lasse aber andererseits den Patienten nicht zu mutlos, denn die Impotenten, besonders die nervös Impotenten, bedürfen einer psychischen suggestiven Beeinflussung ärztlicherseits dringend. „Mit Ausnahme der organischen ist bei allen Impotenzformen die psychische Behandlung des Kranken unumgänglich notwendig; diese bildet gewissermaßen die Einleitung und den Anfang zu jedweder anderweitigen Behandlung“, sagt v. Gyurkovechky.

Die

Prophylaxe

kann man teilen in allgemeine und spezielle Prophylaxe. Die Impotenz ist, ebenso wie die Sterilität, in der ärztlichen Praxis noch sehr vernachlässigt worden. Es liegt dies daran, daß die Störungen der Libido sexualis, ferner der perverse Sexualverkehr, sowie der anormale Sexualverkehr (wie Coitus interruptus, Abusus sexualis, Onanie) in ihren Wirkungen auf die Genitalsphäre, besonders auf die geschlechtlichen Funktionen, auf den Universitäten nicht doziert werden und infolgedessen noch viel zu wenig Allgemeingut der Ärzte sind. Man betrachtet das Studium des menschlichen Sexuallebens noch als eine chose négligeable, ja selbst als eine chose indécente et malhonnête. Im „Handbuch der Prophylaxe“ von Nobiling-Jankau, Supplement III, bin ich näher auf die „Prophylaxe der Funktionsstörungen des männlichen Geschlechtsapparates“ eingegangen.

Die relativ große Verbreitung der Impotenz und die schweren Wirkungen derselben auf die Psyche des Menschen, die ich vorher geschildert, rechtfertigen schon eine solche kurze prophylaktische Besprechung, um so mehr, als die geringeren Grade entschieden ver-

breiteter sind, als man auch in Ärztekreisen meint. Ob nun, wie v. Gyurkovechky will, „nur ein verschwindend kleiner Bruchteil“ der Impotenten den Arzt aufsucht, weil die Krankheit als „maladie honteuse“ aufgefaßt werde, möchte ich dahingestellt sein lassen. Das Publikum fängt an, das menschliche Sexualleben, und selbst das uneheliche, nicht als ein unzüchtiges und nur im stillen Kämmerlein zu besprechendes anzusehen und beginnt, die Scham abzulegen und sexuelle Dinge offen dem Arzte zu beichten. Nur die volle Wahrheit aller sexuellen Vorgänge ihm zu beichten, daran hapert es auch heute noch.

Infolge der Behandlung aller sexuellen Vorgänge als etwas Anstößiges und nicht zu Diskutierendes und der Vertuschung alles Sexuellen in der Erziehung ist bisher mancher junge Mann zum Impotenten geworden. Unsere jetzigen, auf sexuelle Aufklärung und Sexualpädagogik hinzielenden modernen Bestrebungen tragen indirekt viel mit bei zur Bekämpfung der Impotenz, schon durch Aufklärung über Onanie. In meinen „Grundzügen der Sexualpädagogik“ habe ich dieses Thema kurz behandelt, und ich kann nur wiederholen, daß Alkohol, Onanie, Geschlechtskrankheiten, besonders der chronische Tripper, die Unkenntnis von der Schädlichkeit des Coitus interruptus resp. des übermäßigen Koitus zusammen immens beitragen zur Entstehung der Impotenz beim Manne, und eine Sexualpädagogik, die dann auch eine kurze Besprechung der Schädlichkeiten des Alkohols und dieses abnormen sexuellen Verkehrs in sich schließen müßte, könnte hier viel Unheil verhüten und manches Lebensglück den verzweifelnden Männern wiederbringen. Es ist dies gleichsam die allgemeine Prophylaxe der Impotenz. Sie müßte mit Aufklärung über Masturbation und ihre Verhütung beginnen. Mit wenigen Ausnahmen (Stekel u. a.) sind heute wohl fast alle Forscher darüber sich einig, daß die Onanie in der Ätiologie der Impotenz eine gewaltige Rolle spielt. „Mit der Prophylaxe der Impotenz ist die Prophylaxe der Onanie eng verbunden, da der größte Teil sämtlicher vorzeitig Impotenter frühzeitig zu onanieren angefangen hat“, sagt v. Gyurkovechky (S. 140, loc. cit.). Bezüglich des Coitus interruptus herrschen bei den Laien auch heute noch fast ausschließlich falsche Anschauungen. Ich habe bei meinen Patienten fast immer gefunden, daß sie Coitus interruptus für beide Geschlechter für nicht schädlich halten. Sie können sich nicht vorstellen, wie ein Beischlaf, der ante ejaculationem unterbrochen wird, schädlich wirken kann, weil ihnen der gesamte Vorgang des physiologischen Ablaufs des Sexualspasmus in coitu ein Tohuwabohu ist. Gerade auf diesen Punkt werden wir prophylaktisch am meisten zu achten haben. Daß Onanie und übermäßiger Sexualverkehr schaden, glauben heute wohl die allermeisten Menschen. Daß aber

Coitus interruptus auch schadet, das müssen wir den Patienten erst beibringen. Hingegen ist ärztlicherseits darauf hinzuweisen, daß der Neumalthusianismus, der vorbeugende Verkehr mit den die Befruchtung verhindernden Mitteln, wenigstens mit Kondom und Scheiden- (nicht Uterin!) pessar absolut unschädlich ist und nicht zur Impotenz disponiert, wie vielfach noch geglaubt wird, weil es hier zum Orgasmus und damit zur Auslösung des Sexualspasmus kommt.

Eine ähnliche Wirkung wie der Coitus interruptus hat die sog. frustrane Liebe, d. h. die gegenseitigen sexuell anklingenden Erregungen durch Liebkosungen, Küsse usw., ohne daß es zur Kohabitation kommt, wie z. B. bei Verlobten besserer Familien, dann bei den „Demi-vièrges“ usw.

Eine möglichst gute Schulung unserer Patienten in all diesen sexuellen Dingen, dazu das Meiden jeglichen Alkoholgenusses in der Jugend, kurz die Erziehung zu einem gesunden Sexualleben durch Sexualpädagogik und sexuelle Aufklärung seitens der Ärzte, schon in der Sprechstunde vermag außerordentlich viel zur Prophylaxe der Impotenz beizutragen.

Die spezielle Prophylaxe der Impotenz ist individuell verschieden. So kann z. B. bei großen Hernien durch Reponierung derselben und Anlegen eines Bruchbandes die Impotenz prophylaktisch behoben werden, wie ich einmal bei einem Herrn anfangs der fünfziger Jahre beobachtet, der sie schon als senil betrachtete.

Besonders aber die psychische Impotenz kann prophylaktisch leicht behoben werden. Diese „Hochzeitsnachts- resp. Flitterwochenimpotenz“, wie ich sie genannt, ist ja nur eine in der Einbildungskraft des Patienten, sonst aber gar nicht bestehende. Vielfach wenden sich die Ehekandidaten hier vor der Hochzeit an den Arzt, weil sie kein Vertrauen in die eigene Kraft haben. Hier kann man durch psychische Beeinflussung den Patienten von seinem Schreckbild abbringen, Mut in seine schwankende Seele bringen und damit prophylaktisch die Impotenz bannen. Wenn irgendwo, heißt es hier: „Hoffnung und Mut gewonnen, alles gewonnen.“

Auch Abstinenz von jeglichem Koitus für einige Zeit, hygienische Lebensweise und Erziehung zur Willensstärke können prophylaktisch manches nützen, z. B. gegen nervöse Impotenz, um den Ausbruch der Sexualneurasthenie resp. wenn diese vorhanden, event. den der nervösen Impotenz zu verhindern.

Therapie der Impotenz.

Vorbemerkungen.

Die Impotenz ist im großen und ganzen ein relativ sehr schwer zu behandelndes und recht oft sogar unheil-

bares Leiden. Daher auch die ungeheure Anzahl von Patentmedizinen und „Heilmittel“, die gegen die Impotenz empfohlen worden sind, daher auch die große Anzahl von Kurpfuschern, „Naturheilkundigen“, die mit unserem Gebiet sich befassen. Einige Formen der Impotenz sind aber recht gut zu beeinflussen und zu heilen.

Die Therapie der Impotenz muß sich in erster Linie richten nach dem derselben zugrunde liegenden kausalen Leiden. Wenn irgendwo in der Therapie, ist bei der Impotenz eine kausale die allein richtige. Ich werde diese daher nach der Ätiologie besprechen, denn die Impotenz ist eine „vielköpfige Hydra“ (v. Gyurkovechky). Man muß daher oft bei ein und derselben Impotenzform, je nach dem Stadium, in dem sich jene befindet, verschiedenartige Behandlungsmethoden einschlagen und alle Nebenumstände, wie Alter, Körperkonstitution, Lebensweise, Beruf, Libido, bisherige sexuelle Tätigkeit usw. berücksichtigen. Ferner aber muß der Arzt versuchen, voll und ganz das psychische Vertrauen des Patienten zu erwerben. Das kann er meines Erachtens am besten dadurch, daß er von vornherein ihm nicht mit Gleichgültigkeit oder gar Ironie entgegenkommt, sondern mit Verständnis für sein Leiden. Der Impotente steht hier auf einem Standpunkt mit dem Homosexuellen oder überhaupt dem sexuell Perversen. Er muß, ebenso wie jene, vom Anfang an fühlen, daß der Arzt 1. etwas von seinem Leiden versteht und 2. auf die Klagen und Beschwerden mit Interesse eingeht. Natürlich werden wir nie verhindern können, daß bei jenen Impotenzformen, die unheilbar sind, der Patient von Arzt zu Arzt geht und schließlich doch bei der Hoffnungslosigkeit angekommen ist. Dem Patienten muß betont werden, daß sein Leiden kein leichtes, daß aber, soll ihm geholfen werden, dem Arzt auch volles Vertrauen entgegengebracht werden muß und rückhaltlos über die intimsten sexuellen Vorkommnisse in wie außer der Ehe berichtet werden muß. Man sage dem Patienten, wenn er dies nicht will, von vornherein, daß er event. pseudo- oder anonym sich behandeln lassen könne, daß aber die volle und ganze Wahrheit in allen sexuellen Dingen zur richtigen Behandlung unumgänglich notwendig ist und ein Verschweigen resp. falsche Angaben die richtige Behandlung in Frage stellen können.

Fürs erste suche man, besonders, wenn man junge Ehemänner oder Ehekandidaten vor sich hat, ihnen Hoffnung einzuflößen, wirke dahin, daß sie nicht allzusehr mit ihrem Leiden sich beschäftigen, kurz, daß aus dem Melancholiker und Pessimisten mehr ein Optimist werde. Alles, was den Patienten von seinem Zustand ablenken kann, intensivere Beschäftigung mit Berufsarbeit, Vergnügungen, Reisen, Sport jeder Art, wie Turnen, Schwimmen, Lawn-Tennis spielen, Rudern, Bergsteigen usw., ist dem Patienten anzuraten.

Dann möchte ich hier bei fast allen Impotenzformen noch anraten: zeitweise Abstinenz. Gerade die meisten Impotenten, besonders die nervösen und psychisch Impotenten, also die Hauptgruppe derselben, wollen eine Potenz, eine Immissio penis erzwingen, um das Fiasko ihrer Gattin resp. der weiblichen Partnerin gegenüber wieder gut zu machen, hinter deren Rücken in anderweitigem, extramatrimoniellem Verkehr sich stärken, um gleichsam sich vorzubereiten auf den Verkehr. Damit aber kommen sie gewöhnlich aus dem Regen in die Traufe.

Der erste Allgemeinrat bei der Impotenz sei daher: sexuelle Enthaltsamkeit für eine längere Zeit. Die nähere Bestimmung der Länge dieser Zeitperiode ist allerdings sehr verschieden. Sie richtet sich nach dem Temperament, der Libido, dem Charakter, dem Verlangen der Gattin, dem Körper- und Kräftezustand, dem Alter, der Ernährungsweise und anderen Nebenumständen. Feste Allgemeinbestimmungen lassen sich nicht geben. Im großen und ganzen aber wird man gut tun, wenn man (temporäre) Sexualabstinenz für einen bis einige Monate anrät. Die Angabe Hammonds, daß man mindestens ein Jahr solche anrate, ist viel zu hoch gegriffen, abgesehen davon, daß weder die Ehegattin noch die Geliebte eine derartig lange Abstinenz sich gefallen lassen und dann eben anderweit das suchen, was der Mann resp. Liebhaber ihnen nicht geben kann. In den meisten Fällen sind auch die Patienten selbst mit einer derartig langen Karenzzeit nicht einverstanden. Sie ist in manchen Fällen sogar direkt schädlich, da eine relative Impotenz in dieser Zeit zu einer absoluten sich entwickeln kann. Andererseits wieder ist eine Abstinenz von einer bis einigen Wochen viel zu kurz für die meisten vorliegenden pathologischen Prozesse, als daß in dieser Zeit eine starke Besserung der Potenz erwartet werden könnte. Im allgemeinen ist eine ca. zweimonatige Abstinenz der richtige Durchschnitt. Individuell, z. B. bei älteren Personen, in den vierziger Jahren, kann man auch die Karenzzeit etwas ausdehnen.

Da die

Spezielle Therapie

sich nach dem Grundleiden richtet, werde ich sie hier besprechen als:

1. Therapie der organischen Impotenz.
2. Therapie der nervösen Impotenz.
3. Therapie der psychischen Impotenz.
4. Therapie der paralytischen Impotenz.
5. Therapie der Impotenz bei Konstitutions- und Allgemeinerkrankungen.

6. Therapie der Impotenz bei sexuellen Anomalien und Perversionen.

7. Allgemeintherapie der Impotenz.

8. Instrumentelle Therapie der Impotenz.

9. Die Ehe als therapeutisches Moment bei der Impotenz.

1. Die Therapie der organischen Impotenz

wird, wenn überhaupt möglich, meist nur eine kausale sein können. Aber auch hier sind die Erfolge keineswegs ermutigend, denn mangelnde Größe des Penis, Mißbildungen und andere Defekte sind nur sehr wenig Objekte der Chirurgie. Ein weit besseres Objekt sind schon die Hypospadien geringeren Grades, aber hier ist ja meist noch eine Kohabitation möglich, wenn auch nicht so tiefes Eindringen des Penis in die Scheide stattfindet wie beim normalen Penis. Auch hier vermag die Chirurgie noch am meisten.

Die gutartigen Geschwülste am Penis, die allerdings recht selten sind, bieten ebenfalls ein günstiges Objekt der chirurgischen Impotenzbehandlung, als dadurch gewöhnlich das Kohabitationshindernis beseitigt wird. Ich habe vorher in einem Falle geschildert, wie Beseitigung des Bruches resp. Zurückdrängen desselben in die Bruchpforte die Impotenz eines Herrn beseitigte. Das beste Objekt all dieser Impotenzformen sind aber die Phimosen, die wohl fast jedem Arzt einmal in seiner Praxis, wenn auch nicht als die Potenz vollständig beseitigend, so doch behindernd, geklagt worden sind, weil dadurch zu starke Zerrungen in coitu stattfinden, welche eine volle Steifung des Gliedes nicht erlauben. Natürlich hier Zirkumzision oder Dorsalinzision!

Das wichtigste ist die

2. Therapie der nervösen Impotenz,

weil sie die häufigste Impotenzform ist. In erster Linie ist hier natürlich eine Therapie der sexuellen Neurasthenie angezeigt, wie bei den „krankhaften Samenverlusten" geschildert.

Fürs erste Allgemeinbehandlung der Nervosität

a) durch die gesamte Hydrotherapie. Kalte, des Morgens vorgenommene Waschungen des gesamten Körpers und der Genitalien mit ca. 15—20° R kaltem Wasser, je nach der Empfindlichkeit des Patienten. Auch kalte Duschen sind bei kräftigen Patienten angebracht. Direkt vor dem Zubettgehen dürfen diese Prozeduren nicht vorgenommen werden. Auch kalte Sitzbäder von 15° R, nur einige Minuten Dauer, sind recht empfehlenswert. Ganz besonders aber sind

Schwimmbäder, die heute ja in den meisten Städten in Form von Bassinbädern zu haben sind, angezeigt. Die Hydrotherapie umfaßt ja eine ganze Menge mehr oder weniger wirksamer Methoden der Kaltwasserbehandlung, wie neben einfachen Abreibungen und Abklatschungen die Schwammbäder, Regenduschen, Halb- (Sitz-), Flußbäder, die Wannenbäder mit Zusatz von Badeingredienzien, Kohlensäure-, Sauerstoff-, Fichtennadel-, elektrische Bäder u. a.

Neben den kalten Abreibungen des Körpers halte ich die sog. Stachelbrause, am einfachsten mit Moosdorf-Hochhäuslerscher Handdusche vorgenommen, für recht geeignet bei nervöser Impotenz. Sie wird mit kühlem bis kaltem Wasser gefüllt und direkt auf die Genitalien appliziert. Es wird hier neben dem Kältereiz auch noch der mechanische zur Erhöhung des Gefäß- und Muskeltonus beitragen und der Atonie der Genitalmuskulatur entgegenwirken. Auch die kühlen Sitzbäder sind entschieden vorteilhaft. Winternitz meint, daß sie zur reflektorischen Erregung des N. splanchnicus beitragen. Nur sind meines Erachtens 10 Minuten bei solchen eine viel zu lange Dauer und 2—3 Minuten Dauer bei 10—12° R schon genügend.

Die beste Form aller Hydrotherapie bei Impotenz ist meines Erachtens die Seebadekur. Von allen Badekuren gegen Impotenz sind sie jedenfalls die empfehlenswertesten, und wenn von Gyurkovechky meint, daß sie bei Impotenten „sehr häufig Wunder wirkten“ und leichtere Formen der Impotenz häufig allein durch Flußbäder, noch besser durch Seebäder geheilt würden, so kann ich das nur bestätigen. Ich sende die Impotenten schon seit Jahren, wenn möglich, nur in die Nordseebäder, die noch energischer wirken als die Ostseebäder. Es kommt hier ganz besonders neben dem thermischen noch der mechanische Reiz durch den Wellenschlag als therapeutisch günstig hinzu. Ob die Soole- und schwefelhaltigen Bäder gute Dienste leisten, wie dieser Autor will, wermag ich nicht zu beurteilen, da ich die Seebäder vorziehe. Man kann selbst schwächliche Patienten, wenn sie nicht direkt herzleidend sind, in die deutschen Ostseebäder schicken und hier allmählich, mit Wannenseebädern lau beginnend, an die Seebäder gewöhnen. Flatau meint in seiner „Sexuellen Neurasthenie“, daß man kräftige Kinder vom neunten Lebensjahre an in der See schwimmen lassen kann.

Wenn Seebäder nicht möglich sind, verordne ich zu Hause Wannenbäder mit Kohlensäure, mit Sandowschen Kohlensäure entwickelnden Platten oder die Zuckerschen mit dem Kissen. Auch die Sauerstoffbäder (Ozetbäder) sind recht empfehlenswert.

Zur Hydrotherapie gehören noch:

1. der Arzbergersche Mastdarmkühlapparat,
2. der Winternitzsche Psychrophor.

Ersteren verwende ich fast nie. Desto mehr den letzteren, da ich mich davon überzeugt habe, daß selbst bei Spermatorrhöe und Prostataleiden die Wirkung auf die Harnröhre bei weitem überwiegt. Winternitz hat in seinem „Lehrbuch der Hydrotherapie", Bd. II, S. 129/31, die Instrumente genau beschrieben.

Der Psychrophor ist ein à double courant laufender ungefensterter Katheter, zu dessen oberem Zulauf man das kalte Wasser einfließen, durch dessen unterem Lauf man es abfließen läßt. Das kalte Wasser berieselt so (indirekt im Katheter) zweimal die Harnröhre, „oben im Verlauf von außen nach innen, unten von innen nach außen". Die Anwendung ist äußerst einfach und von jedem Arzt, der einen Katheter rite anlegen kann, sofort zu handhaben. Ich benutze Charrière 18 (höhere Nummer ist nicht nötig) und lasse kaltes Wasser von ca. 14—10° R 15—30 Minuten lang in einer Sitzung durchlaufen. Pro Woche zwei bis drei Sitzungen, also jeden zweiten bis dritten Tag, genügt. Er wirkt nicht bloß zur Tonisierung der Muskulatur der Ductus ejaculatorii, sondern auch als Reizmittel, und sowohl kranke Samenverluste wie die nervöse Impotenz werden günstig beeinflußt. Schaden kann, wenn man den Psychrophor, was ja selbstverständlich, genügend desinfiziert, und bei richtiger Temperatur nicht allzulange das Wasser durchlaufen läßt, nie angerichtet werden, wohl aber in fast jedem der erwähnten Fälle Nutzen gestiftet werden.

Auf Diät (reizlos!), Enthaltung von Alkoholizis, hartes Lager, Matratze usw. will ich hier nicht eingehen. Der gesamte hygienisch-diätetische Heilapparat, dazu Turnen, körperlicher Sport und alles, was zur allgemeinen Kräftigung und Herabsetzung der neurasthenischen Schwäche beiträgt, ist hier natürlich angezeigt.

Eine wichtige Rolle in der Allgemeinbehandlung der sexuellen Neurasthenie und der Impotenz spielt die Elektrotherapie, entweder in Form des galvanischen oder faradischen Stromes.

Beim galvanischen Strom sollen nach Hammond so viel Elemente angewandt werden, bis der Patient ein deutliches Gefühl des Unbehagens empfindet. Die Kathode kommt auf den Rücken resp. Lendenmark, die Anode auf die Genitalien, den Damm und Penis, resp. Samenstränge. Gerade die untere Partie der Rücken- resp. Lendensakralwirbelsäule sollen kräftig elektrisiert werden, am besten streichende Bewegungen über Rücken- und Lendenwirbelsäule einerseits und Genitalien andererseits. Natürlich muß der Strom an den Genitalien etwas gemildert werden, besonders am Penis und Hoden. Hier dürften durchschnittlich fünf Elemente genügen. Fast dieselben Dienste verrichtet aber auch der faradische Strom, ja er übertrifft bisweilen an Wirksamkeit den galvanischen. Hier genügt schon ein kleiner Spermaapparat. Am besten benutzt man hier den Pinsel. Die Anode kommt

auf die Rücken- resp. Lendenwirbelsäule, der Pinsel als Kathode auf die Genitalien. Die einzelne Dauer der Sitzung ist ungefähr 10 Minuten. Die Stromstärke richtet sich nach der Empfindlichkeit des Patienten. Im großen und ganzen ist die Galvanisation resp. Faradisation besonders bei jenen Formen der Impotenz angebracht, die von vornherein nicht mit Ejaculationes praecoces, sondern mit mangelnder Erektion beginnen.

Fürbringer empfiehlt bei allgemeiner Neurasthenie noch warm die Mitchell-Playfairsche Mastkur, über die ich keine Erfahrungen habe.

Von einigen Autoren wird bei nervöser Impotenz auch die innere Elektrisierung der Harnröhre, die endourethrale Faradisation und Galvanisation, verbunden mit einer endorektalen, benutzt, derart, daß eine dementsprechend gebaute Elektrode in den Mastdarm, die andere in die Harnröhre eingeführt wird. Daß eine derartige direkte elektrische Behandlung der Schleimhaut des Mastdarms und besonders der Harnröhre sehr stark wirken muß, liegt auf der Hand. Wie eine solche die Hyperästhesie der Schleimhaut der Pars posterior prostatica urethrae vermindern und den Tonus der Blutgefäße erhöhen soll, wird wahrscheinlich den meisten Ärzten nicht einleuchtend sein. Einige Ärzte, wie Orlowski, lassen der endourethralen Faradisation noch eine solche Galvanisation folgen, meinend, daß die Faradisation allen ausgezeichnet bekommt. Ich habe nur einige Male endourethral faradisiert, dabei die andere Elektrode nicht in den Mastdarm, sondern auf die Lendenwirbelsäule gelegt und kann nur sagen, daß diese Methode den Patienten sehr schmerzhaft war und ihnen nicht gut bekam und habe seit langen Jahren die Endofaradisation verlassen. Ich verstehe voll und ganz, was unsere besten Autoren diesbezüglich sagen, wie Fürbringer, der längst die „lokalen, zumal reizenden Manipulationen" der Harnröhre aufgegeben hat, und Finger, ein ebenso kompetenter Beurteiler, sagt, daß er nur die faradische Elektrizität im Mastdarm benutze, derart, daß eine Elektrode in den Mastdarm, die andere als Schwammelektrode auf den Bulbus kommt und so Kontraktionen der Ischio et Bulbocavernosi erzeugt, dann aber fortfährt (loc. cit. S. 65): „Vor dem Einlegen von Katheterelektroden in die Urethra und so direkte elektrische Behandlung des Caput gallinaginis, einer sehr schmerzhaften aufregenden Methode, kann ich hingegen nach eigener Erfahrung nur warnen." v. Gyurkovechky, der Galvanisation vermittels des Kupferpols in den Mastdarm und des Zinkpols in die Harnröhre bis an die Pars prostatica benutzt, meint, daß dabei „nur sehr schwache Ströme angewandt werden dürfen, und dies nur einmal wöchentlich, da sonst leicht Entzündung der Schleimhaut eintreten kann". Die endourethrale Faradisation wendet er überhaupt nicht an.

Ich kann nach meinen geringen Erfahrungen nur abraten von der

Endofaradisation. Die äußere Faradisation des Penis und Dammes ist weit weniger schmerzhaft, für Arzt wie Patienten angenehmer und daher an erster Stelle jedem Arzt anzuempfehlen.

Die

3. Therapie der psychischen Impotenz

ist hauptsächlich eine psychische. Der Arzt hat hier als wichtigste Aufgabe, den Kranken psychisch dahin zu beeinflussen, daß ihm das Vertrauen in die eigene sexuelle Kraft wiederkommt, was um so eher gelingt, als die psychisch Impotenten durchaus keine Wollüstlinge auf sexuellem Gebiete sind, keine sexuellen Gourmands, bei denen sexuelle Appetitlosigkeit bestand, sondern eben nur Mißtrauen in sich selbst. Der Arzt zeige gerade diesen Patienten gegenüber Verständnis für ihre ernste Lage. Nichts wirkt schlechter, als einen psychisch Impotenten verspotten oder ihm überhaupt ironisch begegnen zu wollen. Dadurch wird das Selbstvertrauen völlig vernichtet. Da all das Sinnen und Denken auf seine Impotenz konzentriert ist, suche man durch Ablenkung des Patienten, durch körperliche und geistige Tätigkeit dahin zu wirken, daß er andere Gedanken faßt. Sehr günstig wirkt auch eine kleine Reise, um den Patienten für kurze Zeit von seiner Gattin zu trennen. Denn gerade in der Flitterwochenzeit, wenigstens in den ersten Wochen unmittelbar nach der Hochzeit, wird ja auch von seiten der Frau stürmisch zum Koitus gedrängt und die Lage des psychisch Impotenten nur verschlechtert. v. Schrenck-Notzing hat versucht, psychisch dadurch günstig einzuwirken, daß er solchen Patienten ihre Erektionsfähigkeit zu demonstrieren sucht.

Bekanntlich befällt die psychische Impotenz vielfach Verlobte. Gerade hier muß eine psychisehe Behandlung einsetzen, da diese Patienten den Koitus in der letzten Zeit vielfach gar nicht versucht haben, sondern auf irgendein einmal vorgekommenes sexuelles Ausgleiten hin von dem Gedanken der Impotenz gefaßt werden. Die Impotenz existiert hier meist noch gar nicht, sondern ist nur eine eingebildete. Einige Autoren, wie Fürbringer, v. Gyurkovechky, Curschmann u. a., empfehlen eine sexuelle Abstinenz für eine Reihe von Monaten. Letzterer meint, daß das Verbot des Koitus dadurch wirke, daß es überschritten werde und so zum Zustandekommen des normalen Koitus beitrage. Nun ist dem entgegenzuhalten, daß eine Abstinenz für derartig lange Zeit wieder sehr ungünstig — schon psychisch — auf die Jungvermählten einwirken kann und eine kurze Trennung von einigen Tagen bis einer Woche „zur Schonung des Ehegatten" meines Erachtens viel günstiger wirkt als ein solches Verbot auf Monate. „Manche Kranke kehren von einer richtigen Reise ganz geheilt zurück", sagt v. Gyurkovechky. Nur sende man die Patienten nicht von einem großen Modebad, von einer Großstadt zur anderen, sondern

dahin, wo nicht allzuviel Anregung zum sexuellen Verkehr vorhanden ist.

Ein ganz besonderer Anhänger der Abstinenztherapie ist Hammond. Er sagt loc. cit. S. 119 wörtlich: „Das erste und wichtigste Moment zur Wiederherstellung erschöpfter Genitalorgane ist Ruhe. Unter Ruhe jedoch verstehe ich nicht etwa einen seltener ausgeübten Geschlechtsverkehr, sondern absolute Enthaltung von jeder sexuellen Erregung. Ohne diesen Faktor darf weder der Arzt noch der Patient auf Heilung rechnen. Die Zeit, wie lange die Ruhe angewendet werden muß, hängt hauptsächlich von dem Grade der vorhandenen Erschöpfung ab. In der Regel fand ich, daß in den Fällen, in welchen die Erektion für die Immissio penis nicht ausreicht, eine Ruhepause von etwa einem Jahre notwendig ist. Andererseits kommen hauptsächlich das Alter des Patienten und die Zeitdauer der Affektion in Betracht. Bei Personen über 40 Jahre, sowie bei denen, die schon länger als 6 Monate an jenem Zustand leiden, muß die absolute Enthaltung sogar noch länger als ein Jahr dauern."

Ganz entschieden geht dieser Autor bei psychischer Impotenz zu weit. Abstinenz von einer Woche wirkt schon sehr heilsam. Ich erinnere mich eines Falles aus der Leipziger medizinischen Poliklinik, in dem ein junger Ehemann vom Lande mit dem klassischen Bilde der psychischen Impotenz das von Prof. Hofmann gegebene Verbot des Koitus noch an demselben Abend überschritt — und geheilt war. Gerade die psychisch impotenten Männer sind gern bereit, das Verbot ein bis einige Wochen zu halten, weniger die Frauen. Sie drängen immer mehr nach dem Genuß der Liebe, aber eine Abstinenz von einer bis einigen Wochen läßt sich auch in einer jungen Ehe noch durchführen, keineswegs aber eine solche von einem Jahre, wie Hammond empfiehlt. Eine derartige Pause dürfte in den allermeisten Fällen zur Ehescheidung führen, und unsere deutschen Gerichtshöfe würden wohl übereinstimmend hier entweder eine Nichtigkeit und Anfechtbarkeit der Ehe nach § 1334 BG. („arglistige Täuschung über solche Umstände, die bei Kenntnis der Sachlage und bei verständiger Würdigung des Wesens der Ehe von der Eingehung der Ehe abgehalten haben würden") aussprechen oder Gründe zur Scheidung der Ehe nach § 1568 BG. („schwere Verletzung der durch die Ehe begründeten Pflichten") finden.

Das beste und günstigste Therapeutikum aber zur Behandlung und, was die Hauptsache, zur Heilung der psychischen Impotenz ist meines Erachtens das Johimbin. Nicht allein die Ordination eines Medikamentes, von dem wir dem Patienten mit großer Sicherheit sagen können, daß es Erektion auslöst, wirkt psychisch günstig auf denselben, sondern auch die physiologische Wirkung des Medikamentes als solche (Blutfüllung der Corpora caver-

nosa und damit Erektion. Näheres über Johimbin siehe „Allgemeinbehandlung der Impotenz“, S. 145ff.) imponieren dem Patienten gewaltig. Ist es einmal gelungen, mit Johimbin den Koitus zu ermöglichen (und es gelingt meist), so ist die Schranke durchbrochen, der Bann glücklich gelöst, die Potenz für die weitere Zukunft hergestellt und dann das Johimbin entbehrlich.

Orlowski verbietet den Kaffee und Alkohol, weil „der Mut zwar angetrunken, der Sieg dadurch aber nicht erkämpft“ werde. Vielfach ist auch die Suggestionstherapie empfohlen worden. Ich habe über dieselbe keine Erfahrung, glaube aber, daß sie wohl bei der psychischen Impotenz Nutzen stiften kann, daß jedoch im allgemeinen bei der nervösen Impotenz mit der Suggestionstherapie nicht viel zu machen ist.

Recht günstig wirkt hier die elektrische Behandlung, denn schon eine geringe Erektion (durch Faradisation des Penis, wie vorher geschildert) vermag als „Demonstration“ auf den Patienten günstig einzuwirken. Im übrigen vergesse man nicht, daß der Impotente, besonders der psychisch Impotente, nicht nur ein psychisch Deprimierter und Melancholiker ist, ein Pessimist, sondern bisweilen auch ein Querulant, der selbst nicht weiß, was er will, und alles mögliche und unmögliche mit seinem Leiden in Zusammenhang bringt. Aber auch hier außerehelichen Verkehr, auch mit einer sog. „besseren Prostituierten“ vorzuschlagen, um zu einem entscheidenden Koitus zu gelangen, ist ein sehr gewagtes Unterfangen. Aber, trotzdem ich persönlich es noch nicht getan, sind mir hin und wieder Fälle vorgekommen, wo meines Erachtens ein solcher Rat doch recht günstig gewirkt haben würde.

4. Die Therapie der paralytischen Impotenz

ist die aussichtsloseste, weil diese Impotenzform total unheilbar ist. Zwar wollen unsere bedeutendsten Psychotherapeuten, v. Schrenck-Notzing, Bernheim usw., auch hier Erfolge erzielt haben, ich glaube aber nicht daran und halte es für das richtigste, wenn der Arzt hier von vornherein die Prognose trist stellt. Allerdings ist, im psychischen Interesse der Patienten ratsam, nicht von vornherein denselben auf den Kopf zuzusagen, „alle Behandlung ist nutzlos, Sie sind unheilbar“, sondern ihm wenigstens, ut aliquid fiat, und um psychisch ihm Hoffnung zu machen, etwas zu versuchen. Hier rate ich als richtigstes Faradisationen des Genitale und innerlich Johimbin. Hier mit leichteren Aphrodisiacis zu beginnen, hat keinen Zweck. Für gewöhnlich zeigt sich nach kurzer Zeit ein gewisser Erfolg, der aber dann desto rascher auf Nimmerwiedersehen verschwindet.

5. Die Behandlung der Impotenz bei Konstitutions- und Allgemeinkrankheiten

ist natürlich eine solche der betreffenden Grundleiden. Man kann es hier oft erleben, wie bei einer solchen, z. B. bei antidiabetischer Diät allein, die Potenz in gewissem Grade wieder erscheint. Allerdings ist die Wirkung keine groß anhaltende, wozu noch kommt, daß die an solchen Konstitutionskrankheiten, wie Diabetes, leidenden Patienten meist in mittlerem Alter, schon in den „Wechseljahren" sich befinden, d. h. in den Rückgangsjahren ihrer Potenz. Bei Lungentuberkulose ist die Potenz eine relativ seltene Erscheinung, und wenn sie so weit fortgeschritten, daß Impotenz eingetreten ist, kommt sie als Krankheitssymptom gegenüber den anderen schweren Symptomen gar nicht in Betracht. Am besten wirkt die Behandlung des Grundleidens auf die Impotenz bei Adipositas. Eine Entfettungskur, sei es nach Banting, Örtel, Ebstein, sei es zu Hause oder in Kissingen, Marienbad vorgenommen, bewirkt oft allein Rückkehr der Potenz. Bisweilen ist es hier der große Alkohol-, besonders Biergenuß, der eingeschränkt werden muß.

Von den Gehirn- und Rückenmarksleiden ist es wohl nur die Tabes, die hin und wieder den Impotenten zum Arzt treibt, weil bei den anderen Hirn- und Rückenmarkserkrankungen, wie Myelitiden, progressive Paralyse usw., die Impotenz als Symptom ja völlig hinter den anderen zurücktritt. Bei der Tabes aber vermögen wir, wenn nicht durch Faradisation und Johimbin eine leichte Besserung erzielt wird — und das ist nach meinen wenigen Erfahrungen auf diesem Gebiete in nur schwachem Maße der Fall — therapeutisch nichts zu leisten. Allerdings wollen in neuester Zeit Autoren wie Leredde u. a. durch Salvarsanbehandlung eine völlige Heilung der Tabes erzielt haben. Er sagt in seiner neuesten Arbeit: „La question des affections parasyphilitiques en 1912, l'action du salvarsan dans le tabes dorsal", Paris, A. Malvine, pag. 27: „La très grande majorité des tabetiques est curable par les agents antisyphilitiques et complètement curable", und zwar sollen „tous les symptômes céder au Salvarsan". Nichtsdestoweniger glaube ich, daß dieses Urteil im allgemeinen doch etwas zu optimistisch ist.

6. Die Impotenz bei sexuell Perversen

ist therapeutisch sehr wenig beeinflußbar. Zur Zahl der Perversionen, die event. im Laufe der Jahre impotent machen, oder richtiger gesagt, eine gewisse Impotenz, Teilimpotenz, hervorrufen, gehört nicht bloß die Homosexualität, wie bisher angenommen wird, sondern noch weitere. So vermag z. B. die Paedicatio mulierum, wenn sie längere Zeit hindurch geübt wird, hin und wieder zur Impotenz im Normalverkehr

zu führen, ebenso der Cunnilingus, der Fellatorismus und die Irrumatio, wohlgemerkt im heterosexuellen Verkehr, wenngleich auch diese Perversitäten meist schon eine Folge der Impotenz sind, viel seltener die Ursache derselben. Daß Frottage und Exhibitionismus zur Impotenz führen können, glaube ich kaum. Ein großer Teil der Masochisten, besonders aber Sadisten, bedarf ihrer Perversion erst, um potent zu sein. Jede großstädtische Prostituierte kennt solche „Kunden", die erst nach einer gehörigen Tracht Prügel potent sind. Am bekanntesten, auch im Volk, ist die Impotenz der Homosexuellen, und zwar der reinen Urninge. Denn wenn die Bisexuellen (die psychosexuellen Hermaphroditen, wie sie v. Krafft-Ebing nennt), die teils vom Weibe, teils vom Manne sich angezogen fühlen, der Frau gegenüber auch weit weniger impotent sind, die reinen Urninge, die nur vom Manne sich angezogen fühlen, sind der Frau gegenüber meist völlig impotent.

Ich habe alle diese Dinge ausführlich in meinen „Vorlesungen über das Geschlechtsleben des Menschen", 3. Ausgabe, Bd. IV, geschildert und bin daselbst auf die Therapie genau eingegangen. Alle diese Perversen sind bezüglich der Impotenz gegenüber dem weiblichen Geschlecht, und darauf kommt es hier ja allein an, so gut wie unheilbar, eben weil die Perversion nicht heilbar ist, obgleich man in letzter Zeit zwei Heilmethoden einen solchen Erfolg zuspricht: 1. der hypnotischen, resp. Suggestionsbehandlung, 2. der psychoanalytischen Behandlung Freuds. Ich kenne z. B. einen Fall, wo ein Homosexueller durch viele Monate hindurch von einer bedeutenden Autorität suggestionshypnotisch behandelt worden war und am Ende nach wie vor dem Weibe gegenüber impotent war. Die Angehörigen hatten große Opfer gebracht, um den Patienten zur sehnlichst gewünschten Ehe zu präparieren. Ebenso habe ich von der psychoanalytischen Methode der Freudschen Schule noch keinen Heilerfolg einer homosexuellen Perversion gesehen.

Wohl vermag bei den zuerst genannten heterosexuellen Perversionen, wie Paedicatio mulierum, Cunnilingus usw., ein Ablassen vom Laster bisweilen auch die Potenz zu steigern, weil eben alle diese Perversionen schon Folgen der Impotenz sind, bei der Homosexualität aber ist umgekehrt die Impotenz Folge des Zustandes. Ich stehe auch heute noch auf dem Standpunkte, den Hirschfeld, Bloch u. a. bedeutende Sexualforscher einnehmen und den ich loc. cit. S. 403 dahin formuliert habe: „Heilung der konträren Sexualempfindung durch Suggestion gibt es nicht, ebensowenig wie ein Heterosexueller durch Suggestion homosexuell fühlen würde. Dies ist aber auch ein Beweis mehr, daß

der homosexuelle Trieb fast stets eingeboren ist und daß ein eingeborener Trieb durch keine äußeren Einflüsse, welcher Art sie auch sein mögen, sich umgestalten läßt, daß man ‚die Unausrottbarkeit der Homosexualität' (Hirschfeld) anerkennen muß."

Auf die Kastration als Heilmittel der Homosexualität brauche ich hier wohl nicht einzugehen. Ich habe loc. cit. S. 414 gezeigt, daß „die Kastration nur auf die Stärke des Geschlechtstriebes einwirkt, jedoch niemals auf die Richtung desselben und daß der Arzt, der hier therapeutisch Kastration anrät, sich eines Vergehens schuldig macht".

Das Verkehrteste aber, was sich denken läßt, ist der noch vielfach von Ärzten gegebene Rat des sexuellen Verkehrs mit dem Weibe. „Die meisten Urninge werden dabei von einem derartigen Ekel erfaßt, daß ein Koitus gewöhnlich unmöglich ist und das Nichtgelingen desselben eine psychisch deprimierende Rückwirkung auf das seelische Befinden des Betreffenden zur Folge hat. ‚Jeder Mißerfolg vergrößert nur die Verzweiflung und den Zweifel des Patienten an seiner Heilung'. (Moll.) Denn das, was zu bekämpfen ist, ist der perverse Geschlechtstrieb, nicht die aus dem perversen Geschlechtstriebe entspringende perverse Aktion; die Ursache, nicht die Folge soll man bekämpfen, ganz abgesehen davon, daß der Beischlaf beim Urning noch viel mehr als bei jeglichen anderen Impotenten einen allgemein schwächenden Einfluß hat. Die Onanie bietet derartigen Leuten eben mehr Genuß und Vergnügen als der selbst gelingende normale Koitus, der oft nur Ekel und Abscheu anstatt Befriedigung zurückläßt." (Rohleder, „Die krankhaften Samenverluste usw.", S. 88.) Daraus kann man ermessen, welches Unglück das Anraten einer Ehe einem impotenten Urning anstiften kann. Folgender Fall möge das demonstrieren. Vor einigen Jahren sandte mir Kollege M. Hirschfeld, Berlin, einen reinen Urning zu, dem ein Spezialarzt für Geschlechtsleiden angeraten, er solle nur heiraten, in der Ehe werde der Koitus schon gelingen. Unglücklicherweise hatte der Urning, der noch niemals mit einem Weibe zusammengewesen war, auch diesen Rat befolgt und geheiratet. In zwei Jahren der Ehe hatte er es noch nicht zu einem einzigen Koitus bei seiner Frau gebracht. Die Frau hat dies alles bisher mit der größten Standhaftigkeit ertragen.

Ich möchte daher alle Kollegen bei Impotenz infolge reiner Homosexualität warnen, zum Sexualverkehr mit dem Weibe zu raten, um wieviel mehr sogar zur Ehe zu raten! Hingegen hat bei Impotenz oder mangelnder Potenz infolge Bisexualität, wenn die heterosexuelle Komponente, d. h. wenn die Neigung zum Weib die zum Manne bedeutend überwiegt, der Arzt meines Erachtens einen jener wenigen

Fälle vor sich, wo er zum Anraten eines außerehelichen Beischlafs schreiten kann. Wenn der Arzt von einem solchen Bisexuellen befragt resp. gar bestürmt wird wegen Heiratskonsens, ist es richtiger, ihm probandi causa, ob er dem Weibe gegenüber potent ist, einen solchen Rat zu geben anstatt zur Ehe zu raten, natürlich unter gleichzeitiger Anempfehlung von Ansteckung verhütenden Mitteln. Er kann dadurch unendlich viel Unheil vermeiden (wie obiger Fall zeigt).

Ob der Arzt therapeutisch überhaupt einen außerehelichen Verkehr anraten darf, diese Frage wird von Moralpredigern immer verneint werden. Sicher ist in weitaus der allergrößten Mehrzahl der Fälle die Versagung der Berechtigung hierzu das richtige. Es gibt aber einige wenige Fälle, wo der Arzt, eben um größeres Unheil zu verhüten, hierzu schreiten muß. Man halte auch in Fällen wie obigem mit der Anempfehlung eines außerehelichen Koitus nach Möglichkeit hintan und wähle für gewöhnlich von beiden Übeln das kleinere, die Impotenz. Wenn es sich aber darum handelt, ein weitaus größeres Unglück zu verhüten, wie z. B. die event. Ehe eines Bisexuellen und dadurch das Unglücklichmachen von zwei Menschen, des Perversen und seiner Ehegattin, oder gar, wenn man sich von einem solchen Koitus Verringerung des homo- und Stärkung des heterosexuellen Zustandes verspricht, kann ein solcher Ratschlag sogar recht segensreich wirken, kann den Patienten event. vor Verfall in § 175, d. h. vor strafrechtlichen Vergehen bewahren. Nur diejenigen Ärzte oder Laien, die das Seelenleben der Homosexuellen nicht kennen, die nicht ahnen, welche unheimliche Angst § 175 solchen Impotenten einflößt, mögen in der Anempfehlung eines illegitimen Koitus eine Überschreitung der ärztlichen Befugnis erblicken. Sie mögen einen solchen Fall einem Sexologen von Fach überweisen. Die Hauptsache bleibt bei einem solchen Rat, daß er aus zwingender Notwendigkeit ärztlicherseits gegeben wird, daß er mit der „autonomen ärztlichen Moral“, wie ich sie genannt, und die ich in meinen „Vorlesungen“, Bd. I, 1. Vorlesung, näher begründet, verantwortet werden kann. Es ist natürlich ganz selbstverständlich, „daß dabei nicht die Rechte dritter Personen, z. B. von Ehemännern verletzt werden“ (Moll). Doch bei der Wichtigkeit des Themas sei mir gestattet, eine kurze

Juristische Beleuchtung des ärztlichen Rates zum außerehelichen Geschlechtsverkehr.

Amtsgerichtsrat Dr. Wilhelm, Straßburg, hat in den „Sexualproblemen“, 1912, S. 9ff., dieses Thema genau beleuchtet. Da er einer der besten juristischen Kenner bezüglich sexueller Fragen ist, halte ich

mich in folgenden Zeilen hauptsächlich an ihn. Auch nach ihm ist ein solcher Rat nicht unsittlich und unmoralisch.

I. Strafrechtlich

wird das Anraten des außerehelichen Sexualverkehrs von keinem Gesetz verboten. Nur hüte sich der Arzt, hierzu irgendwie bestimmte Lokale, Wohnungen etc. von Dirnen anzugeben, da nach einer Rechtssprechung des Reichsgerichts (Bd. VIII S. 297) „durch Bezeichnung der Wohnung der Unzucht Vorschub geleistet werden kann, da dem solche Absichten verfolgenden Manne ein Ort nachgewiesen ist, an welchem er künftig Gelegenheit zum Betriebe der Unzucht findet" und darin ein Verstoß gegen den Strafparagraph der Kuppelei (§ 180) StGB. erblickt werden kann.

Moll hat übrigens in seiner „Ärztlichen Ethik", 1902, S. 226, gemeint, daß die bloße Erklärung, daß der „sexuelle Verkehr vom Standpunkt der Gesundheit angezeigt sei", an und für sich kein Zuraten zu diesem Verkehr enthalte. Daß der Arzt einem verheirateten Manne keinen außerehelichen Beischlaf anraten wird, ist wohl selbstverständlich. Eine andere Frage könnte es meines Erachtens sein, wenn die Frau des Patienten durch irgendwelche Gesundheitsstörungen für längere Zeit oder für immer an der Ausübung des Koitus gehindert ist. Ein solcher Fall könnte event. eintreten, wenn der bisexuell, und zwar mehr heterosexuell veranlagte Impotente Gefahr läuft, durch zu lange Abstinenz völlig impotent zu werden oder, was noch schlimmer, der Homosexualität zu verfallen und damit event. dem drohenden § 175. Ein solcher Fall dürfte selbst dem erfahrenen Fachsexologen viel Schwierigkeit behufs Entscheidung bereiten. Ich würde aber, wenn die kranke Ehefrau nicht ihre Einwilligung zu einem illegitimen Sexualverkehr gibt, lieber den Patienten total impotent werden lassen, resp. seiner Homosexualität anheimgeben, jedenfalls den Rat zum illegitimen Verkehr nicht geben, weil nach Wilhelm angenommen werden muß, daß das Gericht (analog von Reichsgerichtsentscheidungen Bd. V, S. 141—142, und Bd. XIII, S. 265) einen solchen Rat unter Umständen als „Beihilfe zum Ehebruch" ansehen könnte, besonders wenn mit dem Rat Empfehlung von prophylaktischen Mitteln verbunden ist, weil sich dadurch ein solcher Rat „dem Charakter der Anstiftung oder Beihilfe" nähere. Also keinesfalls, wie sehr auch therapeutisch Kohabitation angezeigt sein mag, Anraten illegitimen Verkehrs an einen verheirateten Mann. Daß ein solcher Rat nicht einer verheirateten Frau erteilt werden darf, auch nicht einem jungen unverheirateten Mädchen, schon im Hinblick auf die Gefahr der Schwängerung, ist ja selbstverständlich.

Eine weitere Frage ist die: „Soll der Arzt, wenn ein Homosexueller ihn konsultiert, demselben zu homosexuellem

Verkehr raten?“ Meines Erachtens niemals, unter keinen Umständen. Denn erstens gibt es für mich, sowohl für den hetero- wie für den homosexuellen Abstinenten keine dauernden Abstinenzerscheinungen, sondern nur vorübergehende. Aber selbst denjenigen Ärzten, die wie Marcuse, Nyström u. a. dauernde Schädigungen des Körpers durch Abstinenz annehmen, kann ich keine Berechtigung zur Anempfehlung eines homosexuellen Verkehrs zuerkennen, denn da von letzteren nur gegenseitige Onanie straffrei ist, jeder andere aber nach § 175 StGB. bestraft wird, würde der Arzt sich der Anstiftung resp. Beihilfe dazu schuldig machen. Zwar meint Wilhelm, es wäre hier erst zu untersuchen, ob eine wirkliche Beeinflussung, ein wirkliches Zureden stattfand oder nicht, resp. „ob nicht eine bloße objektive Empfehlung, ein Gutachten, ein Urteil abgegeben wurde“, ich glaube aber, der Arzt handelt richtiger, hier nicht nur eine Begutachtung, ein Urteil zu unterlassen, sondern den Patienten direkt zu warnen vor irgendwelchem homosexuellen Verkehr im Hinblick auf § 175 StGB.

Ich habe schon früher gesagt, daß der Arzt nur in den obigen wenigen, exorbitant selten in der Allgemeinpraxis vorkommenden Fällen zum außerehelichen Verkehr raten darf, wenn es gilt, größeres Unheil zu vermeiden, daß er dann aber auch die Pflicht hat, alle Vorsichtsmaßregeln zur Verhütung einer Ansteckung Patienten an die Hand zu geben. So bin ich der Meinung, daß, wenn ein schwach Potenter resp. Impotenter den Arzt drängt, ihm die Einwilligung zur Ehe zu geben (einen solchen merkwürdigen Fall habe ich erlebt. Nur das Anraten eines illegitimen Koitusversuchs bei einer Prostituierten, der mit totalem Fiasko endete, rettete ein harmloses Mädchen vor dem Verhängnis, die Frau eines total Impotenten zu werden), der Arzt, um eine unglückliche Ehe zu vermeiden, diagnostisch wohl berechtigt ist, zur Anempfehlung eines illegitimen Verkehrs, obgleich Marcuse (und mit ihm Wilhelm) dies bestreitet, weil der Erfolg oder Mißerfolg mit einer Prostituierten nichts beweist für eine Potenz oder Impotenz beim keuschen Weibe. Im seltenen Einzelfalle ja (besonders bei psychischer Impotenz), in der Allgemeinheit aber sicherlich nicht. Denn es ist anzunehmen, resp. kaum zu erwarten, daß eine totale Impotenz bei einer Prostituierten zu einer glatten Potenz bei einer keuschen Ehefrau führe und, wie gesagt, es gibt Impotente, die zur Ehe, besonders wenn sie ihnen Vorteile pekuniärer oder irgendwelcher Art bietet, streben und in diesem Falle gewissenlos genug sind, eine Frau total unglücklich zu machen, die aber nur durch einen totalen Mißerfolg davon abzubringen sind. Wenn Patient einen solchen Versuch mit Kondom und darauf folgender gründlicher antiseptischer Waschung vornimmt, so ist dadurch, d. h. durch einen solchen diagnostischen illegitimen Kohabitationsversuch, absolut kein Unglück geschehen, da-

gegen aber namenloses Unglück verhütet worden. Am besten illustriert das der eben erwähnte negative Fall von mir resp. der oben erwähnte positive, von Hirschfeld mir zugewiesene eines Homosexuellen. Marcuse und Wilhelm halten einen illegitimen Verkehr zu solchem diagnostischen Zweck „nicht pflichtgemäß!" Wer aber, frage ich, hat mehr pflichtgemäß gehandelt, ich, der in meinem Falle dem Impotenten diagnostisch den außerehelichen Kohabitationsversuch anriet und dadurch eine total unglückliche Ehe verhinderte, sonst aber absolut keinen Schaden stiftete, oder jener Arzt, der obigem Homosexuellen anriet, nur zu heiraten, denn die Potenz finde sich dann schon in der Ehe, um dann total impotent in der Ehe zu sein und zwei Menschenkinder unglücklich aneinanderzuketten fürs ganze Leben? Wie segensreich hatte hier „diagnostisch" resp. „prophylaktisch" ein außerehelicher Kohabitationsversuch gewirkt!! —

Die für den Arzt schwerwiegendste Seite des Rates zum außerehelichen Verkehr ist die Gefahr der Ansteckung des so beratenen Patienten. Hier kommt Wilhelm auf Grund juristischer, hier nicht näher zu erörternder Deduktionen zu der Auffassung, daß im Fall der Ansteckung, „auch der pflichtwidrig", d. h. ohne dringende medizinische Indikation, „zum außerehelichen Geschlechtsverkehr ratende, ja den Patienten dazu überredende Arzt nicht wegen fahrlässiger Gesundheitsbeschädigung des Patienten zu bestrafen ist, denn dieser, wenn er erwachsen oder mindestens geistig reif ist, weiß selbst, daß ihm gesundheitliche Gefahren bei Vollziehung des außerehelichen Beischlafs drohen, möge nun der Arzt auf diese Gefahren aufmerksam gemacht haben oder nicht.

Der Patient übernimmt also freiwillig dieses Risiko, er begeht eine Handlung, deren Folgen er in erster Linie sich zuzuschreiben hat, als deren Ursache seine Willensbetätigung zu erachten ist." Nur bei einem solchen Rat an Geisteskranke oder Hypnotisierte würde der Arzt verantwortlich sein.

Außerdem muß natürlich nachgewiesen werden, daß die Ansteckung im unmittelbaren Anschluß an den ärztlichen Rat erfolgt ist, nicht viele Monate danach, weil dann ein Kausalzusammenhang zwischen beiden Tatsachen sehr gelockert ist.

II. Zivilrechtlich

kann der Arzt nach Wilhelm, außer bei Geisteskranken und Hypnotisierten, ebenfalls nicht für Ansteckung im außerehelichen Beischlaf beim Anraten desselben verantwortlich gemacht werden, weil „der geistige reife Patient, der dem ärztlichen Rat entsprechend handelt, selbst für die Folgen des Geschlechtsverkehrs verantwortlich ist und nicht der Arzt".

Allgemeintherapie der Impotenz.

Unendlich groß ist die Zahl der internen Mittel. Das ist kein Wunder, denn die funktionelle Impotenz ist eine uralte Erscheinung der Menschheit, daher schon seit uralter Zeit das Suchen nach Heilmitteln. Der Orientale benutzt noch heute Cannabis sativa, das Haschisch, der Chinese Panax Ginseng, der Brasilianer Muira Puama, der Südafrikaner die Rinde des Johimbeabaumes, der Mormone in Amerika die Blätter der Damiana. Schon von vielen Nahrungsmitteln nahm und nimmt man noch heute an, daß sie als Aphrodisiaka gelten. Roubaud führt eine ganze Liste an, wie Safran, Zimt, Salbei, Majoran, Muskat, Kardamom, Gurken, Senf, Lorbeer, Ingwer, Pfeffer, Sellerie (der auch noch heute im Volksmunde als Aphrodisiakum gilt), Vanille, Fenchel, kurz wohl alle Gewürze, dann besonders Austern, Wild, Kaviar usw. Daß einzelne dieser Genußmittel bei sexuell erregbaren Patienten in Verbindung mit dem dazugehörigen Fleischgenuß auf die Genitalsphäre etwas einwirken, ist wohl möglich, aber bei Impotenten als Aphrodisiaka sie empfehlen zu wollen, ist ebenso, wie bei einem Brande um sofortigen Regen zu bitten. Aber manche Patienten verlangen einen derartigen Küchenzettel, und Anempfehlung von Kaviar, Gewürzen, Sellerie usw. wirken psychisch auf solche Naturen, und deshalb kann der Arzt sie in sein therapeutisches Rüstzeug mit aufnehmen. Nur eins ist bei aller Diät wohl zu beachten. Man gebe dem Kranken nicht allzuviel Fette, da Adipositas die Potenz wohl beeinträchtigt.

Die Zahl der empfohlenen Medikamente ist Legion. Wenn man Roubauds Schilderung der „Médicaments excitants" liest, ist man erstaunt zu hören, was früher alles ärztlich verordnet ist resp. dem Volke als sexuelles Stimulans gegolten hat.

Als Kuriosum möchte ich anführen, daß man selbst Flagellationen und Urtikationen der Genitalien vornahm. Die Flagellationen auf die Nates sind ja bekannt geworden als Erektionen auslösend durch die Schilderung Rousseaus in seinen „Confessions": „J'avais trouvé dans la douleur, dans la honte même, un mélange de sensualité qui m'avais laissé plus de désirs que de crainte de l'éprouver derechef par la même main", sagt er wörtlich. Die Urtikationen sind eine Geißelung mit Nesseln, um künstliche Urticaria hervorzurufen. Ebenso erwähnt Roubaud S. 154—155 noch den Gebrauch von Senfumschlägen aufs Glied, fügt aber selbst hinzu: „Le coït exercé sous l'impire d'un semblable excitant pourrait être plutôt un supplice qu'une volupté."

Über all diese barbarischen Mittel ist heute wohl der Stab gebrochen. Aber auch Pflanzendrogen wurden verwendet, die wir heute nicht einmal dem Namen nach kennen. So „Cananga" von den Molukken, die zu einer Art „pomade de l'huile de macassar" verarbeitet

wurden, so ein roseau aromatique, dessen frische Wurzeln in Konstantinopel zu einem Confiture benutzt wurden, daß die Haremsdamen da selbst zur Regelung des Liebesgenusses benutzten. All diese liebeswerbenden Kräuter haben heute nur noch historisches Interesse.

Bevor wir die unten angeführten modernen Aphrodisiaka hatten, beherrschten als ein solches Kanthariden die Impotenztherapie. Es ist in großen Dosen auch entschieden ein Aphrodisiakum, aber dann auch sehr gefährlich, weil es die Harnwege zu sehr reizt und Albuminurie, selbst Hämaturie und Dysurie in wirksamen Dosen verursacht, kleinere Dosen aber keine Erektion auslösen.

Deshalb ist von den meisten Ärzten die Kantharidinsäure verlassen worden. Finger empfiehlt es noch als „sehr gutes Unterstützungsmittel der psychischen Therapie", besonders, wenn es verlangt wird, in folgender Form:

Rp. Tinct. canthar. gutt. duo.
Tinct. amar. 30,0.
MDS. abends 20 Tropfen.

Meines Erachtens braucht die psychische Therapie mehr psychische Behandlung. Ein Medikament zu geben, ut aliquid fiat, um suggestiv zu wirken, ist ja bisweilen angebracht. Ich selbst habe keine Erfahrung mit dem Mittel. Denn selbst wenn ich suggestiv wirken will, wie bei der psychischen Impotenz, bediene ich mich der wirklich wirksamen Aphrodisiaka. Übrigens scheint das Mittel in seinen Wirkungen auf die Urinwege sehr verschieden zu sein. Orlowski erwähnt den Fall Ilyins, in dem nach äußerlichem Gebrauch von 100 g 5 prozentiger (!) spirituöser Lösung als Haartinktur urethritische Reizzustände, aber keine Nephritis auftrat.

Nach Kanthariden wirkt von den älteren Mitteln noch am besten aphrodisiatisch Phosphor. Es unterliegt keinem Zweifel, daß der Phosphor, besonders in der modernen Darreichung von Phytin, einen gewissen geschlechtserregenden Einfluß ausübt. Phosphor ist ein Tonikum und wirkt als solches auch schwach auf die geschlechtliche Sphäre. Selbst der alte Phosphorlebertran, nur in stärkeren Dosen als bei Kindern (ca. 0,04 ad 100,0 bei Erwachsenen), ist, wenn schon psychisch ein Adjuvans gegeben werden muß, weit besser als Kantharidin. Auch Phytin in Kapseln oder flüssiger Form ist empfehlenswert. Noch praktischer und empfehlenswerter sind der Sirup. hypophosphites Fellow oder Eggert, die ja als Tonika ihren Ruf im Arzneischatz befestigt haben. Hammond gibt Phosphor in Pillen als Zinc. phosphor. 0,006, dreimal täglich eine, oder Phosphor. pur. 0,001 dreimal täglich.

Noch schwächer als Phosphor wirkt Nux vomica, eine ganz geringe Wirkung ist hier nach längerer Zeit vielleicht auch noch zu konstatieren. Von der offiziellen Tinct. nuc. vomic. gebe man dreimal

täglich 10 Tropfen = 0,01 Extract. nuc. vom. Eventuell gebe man auch eine Kombination von Nuc. vom. und Kantharidin nach folgender Formel:

Rp. Tinct. Cantharid.
Extract. cannab. indic.
Extr. nuc. vomic. āā 0,50
Ergot 2,5
Mf. leg. art. pilul. Nr. XXV.
S. früh und abends 1 Pille zu nehmen.

Hammond kombiniert Phosphor und Nux. vomica in Pillenform folgendermaßen:

Zinc. phosphorat. 0,6
Extr. nuc. vom. 2,0
Mf. leg. art. pilul. C. Consperge.
S. dreimal täglich 1 Pille nach dem Essen.

Mit diesen drei Mitteln ist wohl die Liste der älteren, wirklich noch etwas wirksamen internen Medikamente erschöpft.

Nach Réti soll sich innerlich Extract. coccae „vorzüglich" bewährt haben. Er gibt es in Verbindung mit Phosphor als „Stärkungspillen", wie sie in Originalpackung von der k. k. Feldapotheke in Wien dargestellt werden. Ich kenne das Mittel nicht, möchte jedoch die „vorzügliche" Wirkung recht bezweifeln.

Nach Ultzmann sollen in die Harnröhre eingeführte Tanninbougies die Erektion fördern, nach folgender Formel:

Rp. Tannini puri 0,5
Butyr. cac. qu. s
f. bacilli longitud. centim. duo No. V.

Einige Autoren geben noch Strychnin. sulfur. 0,001 dreimal täglich, ferner Chinin, Eisen, Baldrian, Galanga u. a. Secale cornut., das einen entschiedenen Einfluß bei Defäkationsspermatorrhöe ausübt, wie ich loc. cit. sagte, versagt bei Impotenz.

Nach v. Gyurkovechky sollen nun einige Opiate wirklich die Potenz steigern, besonders indischer Hanf, Haschisch und Opium. „Es ist bekannt, daß Haschischesser und Opiumraucher, sowie auch Morphinisten im Beginne derartiger fataler Gewohnheiten eine Steigerung des Geschlechtstriebes erfahren. Trotzdem sind diese Mittel für unseren Zweck ungeeignet, sowohl wegen der nur vorübergehenden Wirkung als auch wegen der nachträglichen Erschlaffung und der gar zu leicht eintretenden Angewöhnung, welche die bekannten üblen Folgen hat." Ich möchte hier darauf hinweisen, daß Betelkauen keine aphrodiastische Wirkung hat, wie vielfach heute noch selbst unter Sexualpathologen angenommen wird, sondern eher eine antiphro-

diastische. So kauen z. B., wie ich von einem Herrn weiß, der Indien durch mehrfache Reisen recht genau kennt, die Buddhapriester, welche keusch leben müssen, zur Unterdrückung der Libido Betel.

v. Kraft-Ebing empfiehlt noch Damiana, die Blüten und Samen der in Süd- und Zentralamerika einheimischen Turnera aphrodisiaca Ward. Aus den Blättern wird mittels Alkohols ein Fluidextrakt hergestellt. Man gibt dort 50 Tropfen desselben dreimal täglich in Wein oder Whisky. Besonders die Mormonenpriester sollen es verwenden. Ich habe keine Erfahrung über das Mittel.

Nach Flatau soll (loc. cit.) Salipyrin 0,75—1,0 zwei Stunden vor dem Zubettgehen in manchen Fällen von Nutzen sein. Er gibt noch an, daß Zernik verschiedene der Geheimmittel (die bei Impotenz ja wie Pilze aus der Erde schießen) einer Analyse unterzogen hat, wie „Dorema“ und „Amrita“, die aus Ferr. carb. sacchar., Roggenmehl und Calc. phosph. bestehen, „Roglin“, Fortisin“, welche aus Roggenmehl, Fett, Zucker, Kartoffelstärke und Kakao, „Robosto“ und „Nervifirment“, welche aus Magermilchpulver und Hämoglobin bestehen. Wohl kein Arzt wird jemals zu solchen Mitteln greifen.

Die chemische Industrie hat uns aber noch einige Mittel beschert, denen eine potenzsteigernde Wirkung entschieden nicht abzusprechen ist, die meines Erachtens trotz mancher totalen Negierung auf der einen und übermäßigen Lobspendung auf der anderen Seite am meisten von allen Medikamenten bei der Behandlung in Frage kommen.

Ich unterscheide hier:

a) chemische Mittel,

b) organotherapeutische Mittel.

a) Die chemischen Mittel sind

1. das Muirazithin und 2. das Johimbin.

1. Mit Muirazithin wurde lange Zeit eine außerordentliche Reklame gemacht. Ich entsinne mich einer Zeit, in der in der „Woche“ in jeder Nummer eine volle Seite mit Reklame über dieses Mittel ausgefüllt war, gestützt mit Namen erster medizinischer Autoritäten. Es wird hergestellt von der Handelsgesellschaft Noris Zahn, Berlin, und Kontor chemischer Präparate Berlin C 2/29, Friedrichstr. 41, ist ein Auszug von Liriosma ovata Miles, d. h. nach Karl Hartwig, Zürich, eines zur Gattung der Oläzeen gehörenden Strauches mit dünnen Zweigen und eiförmigen Blättern, kleinen Blüten und länglichen Früchten mit fleischigen, kastanienartigen Fruchtwandungen. Aus den Früchten dieses Strauches, der übrigens in über einem Dutzend Arten vorkommt, bereitet man in Südamerika einen Liebestrank. Daselbst nennt man den Baum „Muira puama“, „Steifbaum“ oder „Potenzholz“. Es ist dies eine Anspielung auf die Wirkung, die Steifung des Gliedes. Man ver-

suchte nun zuerst in Amerika das Glykosid und Alkaloid auszuziehen und ein Fluidextrakt herzustellen zur Aufbesserung der Potenz, das dann auch seinen Weg nach Europa fand. Die Droge wurde übrigens zuerst von Almeida Pinto beschrieben und zu den Akanthazäen gerechnet.

Das Muirazithin selbst ist nun eine Kombination des Extraktes von Muira puama und Ovolezithin, derart, daß der Verdampfungsrest von 100 g Extr. fluid. muir. puamae mit 5 g Lezithin und Süßholzpulver qu. s zu 100 Pillen verarbeitet werden. Nach der Analyse Aufrechts, des vereideten Chemikers der Handelskammer Berlin, enthält das Muirazithin organisch gebundenen Phosphor (Lezithin), Süßholzpulver, Extraktivstoffe, gummöse und mineralische Bestandteile (letztere vorwiegend Kalziumphosphat und Alkalikarbonate, Chloride, Sulfate, Eisenoxyd und geringe Spuren von Magnesia).

Gegeben werden 3 bis 4 Pillen pro Tag, und zwar stets vor Tisch, morgens und mittags eine, abends zwei ca. 2—3 Wochen lang. Dann wird die Kur 8 Tage unterbrochen, um keine Angewöhnung an das Mittel herbeizuführen.

Rebourgeon soll durch pharmakologische Versuche die Wirksamkeit auf die sexuelle Sphäre festgestellt haben. Jedenfalls scheint es ungefährlich zu sein, denn Nevinny, Innsbruck, sah selbst nach größeren Dosen keine schädlichen Nebenwirkungen, denn er gab Kaninchen 50, Hunden bis 70 Pillen und konstatierte erhöhten Turgor der Testikel und Vermehrung der Ejakulate, kein Eiweiß und Blut im Urin. R. L. Braun sah starke Erregungen und Wollustempfindungen an den Genitalien durch Hervorrufung der Hyperämie daselbst. Selbst direkte Einwirkungen auf das Sakralmark nimmt dieser Forscher an. Bocquillon und Limousin („Neuere Arzneimittel" 1900) geben an, daß auch Goll, Kleesattel, meint, es finde ein direkter Einfluß auf das Erektionszentrum im Lendenmark statt. Monina rühmt besonders die schnelle Wirkung, und Luigi Maramaldi (Universität Neapel) (Giornale internazionale delle science mediche 1905, 15) hält das Mittel für eine wertvolle Bereicherung, da es bei der nervösen Impotenz gute Heilerfolge haben soll.

Nach meinen wenigen Versuchen, die mir allerdings kein abschließendes Urteil erlauben, ist der Erfolg nur ein geringer. Wenn man es geben will (da es sehr teuer, Fläschchen 10 M.), bedient man sich am besten einer Zusammensetzung, die Muira puama mit enthält und die ich weiter unten besprechen werde.

Das zweite moderne chemische Mittel, das sich wohl am meisten eingebürgert hat, ist das Johimbin.

Da dasselbe heute in der Ärztewelt gleichsam eine dominierende Stellung in der Behandlung der Impotenz ein-

nimmt, und meines Erachtens mit Recht, bin ich genötigt, ausführlicher auf dasselbe einzugehen, um so mehr, als seit über 13 Jahren, seit 1900, eine Menge mehr oder weniger guter Abhandlungen über das Mittel erschienen ist.

Die Eingeborenen der deutsch-westafrikanischen Kolonien bereiten schon seit langer Zeit aus der Rinde des zu den Rubiazeen gehörenden Yohimbebebaumes durch Abkochung einen Trank, der sexuell erregend wirken soll. Die Rinde wird in hellbraunen harten Stücken daselbst gehandelt und steht hoch im Ansehen, da sie dort überall gebraucht wird, besonders bei den Negerhäuptlingen, die in Polygamie leben und wahrscheinlich auch des öfteren einer starken Anregung ihrer Libido bedürfen. Der Afrikareisende Ludwig Scholz brachte im Jahre 1895 die Rinde zuerst nach Europa. Spiegel untersuchte dieselbe und fand zwei Alkaloide, das Johimbenin und das Johimbin. Unabhängig von Spiegel fand auch Thoms dieselben. Oberwarth am pharmakologischen Institut der Universität Breslau prüfte das Mittel zuerst experimentell und fand, daß 0,05—0,08 Johimbin subkutan Erektion des Penis, aber auch schwere nervöse Unruhe und Atemnot hervorbrachte. Er experimentierte mit entschieden zu hohen Dosen. Erst Löwy, Berlin, brachte durch seine Versuche in kleineren Dosen Licht in die Wirkungen des Mittels.

Aus seiner Veröffentlichung in der „Berliner klinischen Wochenschrift“ 1900, 42, geht hervor, daß

1. Johimbinum muriaticum weiße farblose Kristalle darstellt, schwer löslich in kaltem, leicht löslich in heißem Wasser;

2. die verschiedenen Tiere verschiedenartig auf das Mittel reagieren. So sind die Wirkungen am stärksten beim Hunde, schwächer beim Kater, am schwächsten beim Kaninchen;

3. in kleinen Dosen eine allein dem Johimbin eigene Wirkung auf die Genitalien eintritt;

4. unangenehme Wirkungen bei diesen Dosen ausgeschlossen sind.

Die Wirkungen auf die Genitalien sind derartig, daß nach der Injektion Hoden und Nebenhoden anschwellen (aus dem Leistenkanal beim Kaninchen heraustreten), und zwar innerhalb ½ bis wenige Minuten. Unter geringen Volumensschwankungen hält die Wirkung lange Zeit, bis zu einer Stunde und darüber, an. Der Penis rötete sich und ging von einer leichten Schwellung bis zu einer vollständigen Erektion über, beim Kater trat nur Schwellung ohne Erektion, beim Kaninchen nur Rötung ohne Schwellung und ohne Erektion ein. Die Schwellung war, wie die Untersuchung ergab, bedingt durch Erweiterung der Blutgefäße. Die Genitalhyperämie hält einige Stunden an, um dann allmählich zu verschwinden. Mit derselben verschwindet auch die Erektion. Niemals wurden schädliche

Nebenwirkungen, wie Hämaturie oder Albuminurie, beobachtet. Später, in der „Therapie der Gegenwart", Juli 1901, zeigte Loewy, daß auch bei kastrierten Hunden 4—15 Minuten nach der Injektion die Erectio penis eintrat wie bei nicht kastrierten. Die Reizung mußte also ausgehen von einer direkten Wirkung auf das Erektionszentrum im Sakralmark.

Mendel, Berlin, war wohl der erste, der, nachdem die Tierversuche die Unschädlichkeit des Mittels in geringen, aber wirksamen Dosen illustriert hatten, dasselbe beim Menschen versuchte. In der „Therapie der Gegenwart" 1900 veröffentlichte er über 40 Fälle von Impotenz, behandelt mit Johimbin-Spiegel. Später haben, um nur die bedeutendsten Ärzte zu nennen, Eulenburg, Berlin, Maramaldi, Neapel, Waugh, Chikago, Duhot, Brüssel, Posner, Berlin, Fürbringer, Berlin, Löwenfeld, München, Barucco, Wilkox, Steiner, Müller u. v. a., die Erfolge bestätigt. In der Veterinärmedizin hat besonders Holtenbach sich mit dem Mittel beschäftigt. Alle zeigten, daß wir im Johimbin — und das muß entschieden gegenüber den Angaben mancher Ärzte, wie Orlowski u. a., festgehalten werden, — ein wirklich brauchbares Mittel gegen Impotenz haben, aber, und das ist das Wichtigste, was meines Erachtens von den Ärzten nicht oder nicht genügend auseinandergehalten wurde, Johimbin ist ein Mittel, welches wohl eine Erectio penis hervorzubringen vermag, also die Potenz steigern kann, aber kein Mittel, welches die Libido selbst irgendwie beeinflußt. Da nun bei der nervösen und psychischen Impotenz, also den beiden Hauptformen, die Libido meist vorhanden ist; aber nur die Erektion fehlt, haben wir hier ein geeignetes Mittel, nicht aber bei jenen Formen, wonach die Libido schwindet, wie bei der paralytischen Impotenz, bei Tabes dorsalis, wo nicht bloß die Erectio penis, sondern auch die Libido mehr oder weniger beeinflußt ist. Holterbach nennt daher sehr richtig das Mittel auch nicht ein Aphrodisiakum, d. h. ein solches, das die Libido erhöhen kann, sondern ein Sexuale, ein direkt auf das Sexualzentrum der Erektion wirkendes Mittel.

Es fragt sich nun: wirkt das Mittel auch auf die Sperma produzierenden Epithelien der Samenkanälchen, derart, daß es dieselben zur Tätigkeit anregt; kurz, begünstigt es die Spermabildung? Ist dies der Fall, hätten wir in einigen Fällen von Impotentia generandi sogar ein Heilmittel.

Um diese Frage zu entscheiden, hat Loewy Kater außerhalb der Brunstzeit, d. h. zu einer Zeit, wo die Spermabildung ruhte, mit Johim-

bin behandelt und kommt zu dem Resultat, daß auch hier ein positives Resultat erzielt werden könne, doch ist meines Wissens Näheres darüber nicht bekannt geworden. Ich möchte auch diese Wirkung, die Spermatogenese, bezweifeln und hier bei Impotentia generandi, ganz abgesehen davon, daß sie beim Manne in weitaus der Mehrzahl der Fälle (80 bis 90%) durch doppelseitige Epidymitis gonorrhoica bedingt ist, auch in den übrigbleibenden wenigen Fällen von Impotentia generandi Johimbin nicht als Heilmittel empfehlen. Karo, Berlin tut dies neuerdings bei Prostatahypertrophie. Hingegen vermag es dadurch, daß es den Genitalien erhöhte Blutzufuhr zusendet, besonders beim Weibe, vielleicht noch einmal therapeutisch Verwendung finden.

In welchen Formen von Impotenz vermag Johimbin zu wirken.

Das Johimbin ist, physiologisch ausgedrückt, ein durch direkte Reizung des Erektionszentrums im Lendenmark, durch Gefäßerweiterung wirkendes Mittel, derart, daß die Blutgefäße des Geschlechtsapparates direkt beeinflußt werden und dadurch Erektion zustande kommt. Diese Wirkung müssen wir uns stets vor Augen halten, wenn wir sagen wollen, ob Johimbin im einzelnen Falle wirken kann oder nicht.

Bei Gruppe I, der organischen Impotenz, die auf Defekt oder Mißbildungen des Penis beruht, kann Johimbin natürlich nichts wirken. Wohl aber könnte es versucht werden bei denjenigen Fällen, die auf Hodenverlust beruhen, bei Kastrierten, wo das Hormon der Leydigschen Hodenzellen in Wegfall kommt.

Bei Gruppe IV, der paralytischen Impotenz, wo jede Erektion fehlt, kann Johimbin, wenn das Leiden kongenital ist, natürlich nichts wirken. Bei jenen Fällen aber, die aus der nervösen Form sich entwickeln und das Endstadium derselben darstellen, kann Johimbin mit einem gewissen Erfolg noch angewendet werden. Es wird hier vermögen, die volle Entwicklung der Impotenz hintanzuhalten, zu verzögern.

Bei Gruppe V, den Impotenzformen bei Konstitutions- und anderen Erkrankungen, kommt es darauf an, ob schon eine anatomische Läsion im Zentralnervensystem vorhanden ist oder nicht. Ist schon eine solche eingetreten, wird es natürlich ebenfalls nutzlos sein. In denjenigen Fällen aber, wo dies nicht der Fall ist, besonders in den Anfangsstadien, wie bei Diabetes, bei Nephritis, bei Alkoholismus, wo eine rein funktionelle Schwächung, aber keine anatomische Läsion vorhanden ist, wird durch Johimbin eine Anregung des Erektionszentrums im Lendenmark und

damit ein Erfolg vorausgesagt werden können. Bei Rückenmarksleiden, wie Tabes, Myelitis usw., kommt es darauf an, ob das Zentrum des Lendenmarks noch normal ist oder nicht. Ist es durch die Erkrankung schon in Mitleidenschaft gezogen, vermag natürlich Johimbin selbst in stärksten Dosen nicht mehr dasselbe zu erregen und die Impotenz zu beheben.

Daß bei der sechsten Gruppe, der Impotenz bei sexuellen Anomalien und Perversionen, Johimbin völlig nutzlos ist, bedarf keiner Erläuterung. Bleiben daher als Hauptgruppen übrig die zweite und dritte, die nervöse und psychische Impotenz. Bei diesen Formen ist Johimbin wirksam, da wir hier rein funktionelle Impotenz auf neurasthenisch-psychischer Grundlage vor uns haben. Wenn wir nun bedenken, daß diese Formen weitaus die verbreitetsten sind, können wir den Wert des Johimbins ermessen. Es gibt allerdings bei gewissen Personen eine Idiosynkrasie gegen das Mittel. Deswegen aber nun zu sagen, wie es einige Autoren tun, daß das Mittel nichts nutze und sein Einfluß nur ein psychischer sei, ist völlig verkehrt. Vielleicht beruht dies darauf, daß es unterschiedslos in allen Formen ohne Berücksichtigung der ätiologischen Ursache der Impotenz gegeben worden ist. Die Worte Eulenburgs in der „Deutschen Klinik“: „Yohimbin-Spiegel macht wenigstens bei der Behandlung der neurasthenischen Impotenzformen jede andere Form medikamentöser Behandlung überflüssig“, kann ich nach meinen Erfahrungen nur bestätigen. Wir haben bis heute hier kein besseres Mittel und brauchen es auch nicht. Die Worte Mantegazzas („Hygiene der Liebe“): „Die zur Hebung der Geschlechtstätigkeit empfohlenen Medikamente bringen den Impotenten nicht einmal einen zeitweiligen Vorteil, ja sie schaden sogar“, sind heute überwundener Standpunkt. Notwendig ist ferner, daß das Mittel längere Zeit hindurch gegeben wird. Das leuchtet auch ein, denn ein abnorm wenig erregbares Erektionszentrum kann nicht mit einer Dosis Johimbin in einen dauernden oder wenigstens lang anhaltenden Reizzustand gebracht werden. Meist aber kann man schon konstatieren, daß, nachdem Johimbin einige Zeit gegeben worden ist, noch längere Zeit nach Aussetzung des Mittels die Erektionsfähigkeit erhalten bleibt. Einige Autoren haben wohl auch angenommen, daß durch wiederholte Anwendung des Mittels allmählich eine „Bahnung“, gleichsam eine Instandsetzung der Leistungsbahnen vom Erektionszentrum zum Penis, eine Gangbarmachung angeregt werde und dann nach Aussetzen des Mittels diese Gangbarmachung auch für schwächere normale Reize erhalten bleibe. Inwieweit hier die Theorie mit der Praxis übereinstimmt, überlasse ich kompetenteren Beurteilern. Meines Erachtens ist etwas derartiges nicht der Fall.

Die Anwendungsweise des Johimbins.

Von den chemischen Fabriken Güstrow und Riedel, Berlin, werden Tabletten in Röhrchen à 10 Stück à 0,005 Yohimbinum muriaticum à 3 M. angefertigt. Die letztere chemische Fabrik nennt das Mittel jetzt Johydrol. Es wird auch in Ampullen à 1,2 einer 1prozentigen Lösung zur subkutanen Injektion geliefert. Intern in Tropfenform das Mittel zu geben, ist unpraktisch, weil die Haltbarkeit einer solchen Lösung sehr gering ist. Am besten gibt man dreimal täglich eine Tablette, morgens, mittags und abends, stets nach Tisch, und zwar 1—2 Wochen lang. In weitaus den meisten dafür geeigneten Fällen werden sich Erektionen einstellen. Ist nach 4 Wochen kein Erfolg vorhanden, ist das Mittel als unwirksam aufzugeben. Man kann event. die Dosis erhöhen bis zu 4—5 Tabletten pro Tag. Eine Erhöhung bis zu 9 Tabletten, wie H. Berger es getan hat, möchte ich entschieden abraten. Nach Eulenburg soll in den Fällen, wo eine Verordnung der Tabletten nichts hilft, eine subkutane Injektion von 0,5 einer 2prozentigen Lösung, anfangs täglich, später zwei- bis dreimal täglich, wirken. Über die Injektionen habe ich keine eigene Erfahrung. Ich glaube mit Mendel, daß eine länger dauernde Behandlung mit geringen Dosen besser ist als eine schnelle mit größeren Dosen.

Das Mittel hinterläßt in obigen Dosen keine schädigende Wirkung. Nur bei sehr großen Dosen gibt es Schwächeanfälle, Schwindelgefühle, Speichelfluß usw., beschleunigten Puls, selbst Herzklopfen und Schlaflosigkeit. Bei Erscheinung dieser Folgen war die Dosis zu groß.

Kontraindikationen bilden chronische Entzündungen der Unterleibsorgane irgendwelcher Art, besonders der Genitalien, der Hoden, des Penis und der Prostata, weil durch den Blutzufluß die Entzündung verstärkt wird, besonders aber auch Erkrankungen der Niere.

Kombinationen von Aphrodisiacis.

In neuester Zeit ist man, vielleicht veranlaßt durch die Mißerfolge des Johimbins bei ungenügender Auslese der Impotenzfälle, andererseits aber aus der Erwägung heraus, daß bei Kombination einzelner Medikamente eine erhöhte Wirksamkeit derselben erzielt werden soll, zu Kombinationen des Johimbins mit anderen Aphrodisiacis übergegangen.

Als bekannteste möchte ich nur folgende erwähnen: 1. Rhometabletten von der „Apotheke zur Austria“, Wien IX, Währingerstraße 18. Dieselben bilden eine Zusammensetzung von Johimbin, Phosphor und Strychnin. Heufeld, Wien (Klinisch-therapeutische Wochenschrift 1907, Oktober), lobt dieselben bei Neurasthenia sexualis als Nerventonikum wegen der Wirkung des Johimbins auf die Libido

sexualis und des Strychnins auf die Erektionen. Ich habe oben gesagt, daß Johimbin auf die Libido überhaupt keine Wirkung hat.

2. hat Erich Kleist, Berlin W, ein Heftchen herausgegeben „Sexuelle Impotenz und ihre Bekämpfung mit Damiasin“. Letzteres besteht aus Johimbin, Extract. muirae puamae, Ectract. damianae spissum und Lezithin. Über Muira puama und Damiana als Aphrodisiaka habe ich schon gesprochen, d. h. über ihren Wert resp. Unwert als solche. Ebenso ist Lezithin als Aphrodisiakum meines Erachtens wertlos. Denn das genossene Lezithin kommt doch keineswegs als solches in die einzelnen Körperzellen. Es ist in denselben mehr als genügend davon vorhanden. Es wird im Körper synthetisch gebildet, denn in unserer Nahrung genießen wir wirklich resorptionsfähiges Lezithin in unseren grünen Gemüsen vollständig genügend. Es bleibt daher meines Erachtens als wirksam beim Damiasin wahrscheinlich nur, in der Hauptsache sicher, das Johimbin. Die Zusammensetzung erachte ich für keine glückliche und einfache Darreichung von Johimbin allein für mindestens ebenso wirksam wie von Damiasin, das nach Kleist das „berühmteste Mittel, sexuelle Impotenz nicht nur vorübergehend, sondern dauernd zu heilen“, sein soll. Bezugsquelle Apotheker Cornelius, Straßburg.

3. hat Prof. Kafemann, Königsberg (Münchener medizinische Wochenschrift 1910, 7), Ambra, Mentholmethylester, Johimbin, Muira puama, Calc. glycer. phosphorat. zu Puambrapillen verarbeiten lassen. Auch hier dürfte dem Johimbin der Löwenanteil an der Wirkung zufallen.

Eine weitere Kombination stellt die Apotheke zum weißen Schwan, Berlin C 2, Spandauer Str. 77, Bernhard Hadra, her in den sog. Erektoltabletten, bestehend aus Extr. muirae puamae 0,1, Ovolezithin Merck 0,05, Chininum glycerino-phosph., Ferr. glycer. phosph. āā 0,025 c. cacao obduct. dreimal täglich 1—2 Tabletten. Ich habe dieselben mehrfach bei jüngeren Impotenten (nervöse Impotenz Ende der Zwanziger und anfangs der Dreißiger) versucht, bei denen ich nicht gleich zum Johimbin greifen wollte. Eine Wirkung war zu konstatieren, nur wurde mir gesagt, daß die Wirkung nur so lange anhalte, als die Tabletten genommen werden. Jedenfalls sind diese „Erektoltabletten“ eine empfehlenswerte und billigere Form des Muirazithins als im Original.

Wirksamer sind desselben Apothekers Tablettae Johimbini compos., die nach folgender Formel zusammengesetzt sind:

Yohimbini hydrochlor. . . .	0,005
Calc. phosph.	0,1
Strychnin. nitr.	0,002
Rad. Zingib. pulv.	āā 0,02
Elaeosacch. vanill.	

die außerdem den Vorteil der Billigkeit haben. Während z. B. 10 Stück

Johimbintabletten Güstrow oder Riedel 3 M. kosten, kosten 12 Stück Hadras Tab. Yohim. compos. 1,50 M., 25 Stück 2 M., 50 Stück 3,60 M., 100 Stück 6,50 M.

Die Germaniaapotheke Ignaz Hadra, Berlin C 54, Lothringer Straße 50, stellt

„Propotenztabletten" dar, enthaltend:

Ectract. muir. puamae	ãã 0,1
Extract. Damian.	
Ovolezithin Merck . . .	ãã 0,05,
Chin. hydrochlor.	
Ferr. phosphoric.	
Calc. glycer. phosph. . .	

zum Preise von 50 Stück 4 M., 100 Stück 6 M., und solche mit Johimbin 0,005, 50 Stück 4,50 M., 100 Stück 6,50 M.

Albert Bernard, Einhornapotheke. Berlin C 19, Kurstr. 34/35, hat ebenfalls

„Tabulettae puamae compositae" herstellen lassen, die er als „Aphrodisiacum ideale" bezeichnet. Sie enthalten:

Ectract. muir. puamae . .	0,1
Johimbin. muir.	0,005
Lezithin	0,05
c. cacao obduct.	

Preis 1 Origglas à 25 Tabletten = 4 M., à 50 Tabletten = 7,50 M. Sie sind (neben den B. Hadraschen und den Ignaz Hadraschen kombinierten Johimbintabletten) die empfehlenswertesten, weil sie Johimbin enthalten. Ich habe sie mehrfach mit demselben Erfolge wie Johimbin allein verordnet, nur sind sie bedeutend billiger.

Übrigens ist auch das reine Johimbin in Originalröhrchen aus den Apotheken von Bernhard Hadra und Albert Bernard, Berlin, wesentlich billiger. So kostet 1 Originalröhrchen mit 10 Tabletten à 0,005 bei Hadra 1 M., mit 25 Tabletten à 0,005 bei Bernard 2,25 M., mit 50 Tabletten à 0,005 bei Bernard 3,50 M., mit 100 Tabletten à 0,005 bei Bernard 6,75 M. Damit ist der Einwand, daß das Johimbin zu teuer sei für die Allgemeinpraxis, hinfällig geworden.

Noch erwähnen möchte ich, daß v. Gyurkovechky als von besonderer Wirkung die Sauerstoffinhalationen empfiehlt. Er meint (loc. cit. S. 174), daß solche mittels Limousinapparat am besten morgens in geeigneten Fällen, besonders in Fällen, welche mit Schwäche und Müdigkeit, trägem Stoffwechsel einhergehen, eine aphrodisiatische Wirkung haben, besonders in den Fällen, wo Onanie, Spermatorrhöen oder schwächende Krankheiten die Ursache der Geschlechtsschwäche waren, d. h. also in der Hauptsache bei der nervösen Impotenz. Ich

selbst habe darüber keine Erfahrung und auch sonst nichts in der Literatur gefunden, vermag mir aber physiologisch nicht vorzustellen, wie eine Sauerstoffinhalation, die ja nur einen etwas intensiveren Stoffwechsel hervorrufen kann, eine derartig potenzsteigernde Wirkung haben sollte. Hingegen verordnete ich bei meinen nervösen Impotenten vielfach, zur allgemeinen Anregung, kohlensaure oder Ozonbäder (Ozet-), die alle Patienten, die Badeeinrichtung in der Wohnung haben, bequem sich selbst herstellen können und die bei 26° R, event. noch kühler, bei nicht zu kurzer Dauer, mindestens 20 Minuten pro Bad, zwei- bis dreimal wöchentlich ein Bad, bei genügender Anzahl von Bädern (20 mindestens) einen allgemein günstigen Einfluß nicht verkennen lassen, wenngleich man sich keinen allzugroßen optimistischen Hoffnungen hingeben darf.

Auch ein geeigneter Landaufenthalt ist oft ganz wirksam, besser Seebad. In jedem Falle von Impotenz aber müssen wir die Lebensweise der Patienten genau regulieren. In einem Falle wird mehr eine roborierende, eine Fleischdiät, im anderen Falle mehr eine vegetarianische Küche anzuraten sein, in einem Falle mehr Ruhe, im anderen mehr Bewegung, Reisen usw., trotzdem ich mich im allgemeinen gegen das Herumreisen und Besichtigen größerer Städte bei Impotenten aussprechen muß, weil hierbei sehr oft sexuelle Anreizungen stattfinden, die Patient nicht erfüllen kann und ihm immer wieder die Nichtigkeit seiner sexuellen Kraft vor Augen führen, die ihn dadurch desto mehr deprimieren. Also individualisieren ist gerade bei Impotenten dringend notwendig.

b) Die organotherapeutische Medikation bei Impotenz ist eine der modernsten, die wir haben, resp. — war eine solche. Bekanntlich hatte Brown-Séquard, der bekannte und berühmte Pariser Physiologe, die Idee, durch Injektion von Hodensekret dem verlorengegangenen männlichen Unvermögen wieder auf die Beine zu helfen. Die Idee ist so absurd oder, wie Orlowski sich ausdrückt, von so erschreckender Primitivität, daß man sich immer wieder nur verwundern kann, wie ernstdenkende Männer und Forscher Anhänger dieser Lehre werden konnten. Sie gipfelt in dem Grundgedanken, daß man durch Einspritzung von frischem Testikelsaft von Tieren Potenz herbeiführen könne. Diese kuriose Idee ist in Wirklichkeit nichts weiter als eine Aufwärmung einer schon im Altertum und Mittelalter geübten Methode. Denn schon Plinius berichtet uns, daß die alten Griechen und Römer die Hoden von Eseln zu diesem Zweck gegessen haben, und im Mittelalter wurden die Hoden und Sperma von Hunden, Katern und besonders von Wild, Hasen, Hirsch usw. genossen, wie ja das Wild überhaupt im Rufe stand und im Volksmunde noch heute steht, daß es „geil" mache, und Mattei versuchte in den siebziger Jahren des vorigen Jahrhunderts, dieser Lehre wieder einen wissenschaftlichen Mantel umzuhängen. Besonders die Schüler Brown-Séquards waren es, d'Ar-

sonval, Montané, Eloy u. a., die in Frankreich und Amerika die neue Lehre weiter zu verbreiten suchten und nicht nur gegen geschlechtliche Schwäche, sondern schließlich gegen alle Nervenkrankheiten, gegen Erkrankungen wie Tabes, Bulbärparalyse und besonders gegen — Altersschwäche zur Anwendung brachten. Fürbringer u. a. Kapazitäten haben diese Methode einwandfrei wissenschaftlich versucht und — gerichtet. Sie besteht in Einspritzung von wässerigem Hodenextrakt subkutan, den sog. „injéctions séquardiennes", wohl aber auch in Einnahme des Saftes per os, also eine völlige Rückkehr in die Therapie des Mittelalters resp. Altertums. (Vgl. Eloy: „La méthode de Brown-Séquard, und Buschan: „Die Brown-Séquardsche Methode".) Später hat der Chemiker Poehl in Petersburg den wirksamen Bestandteil aus den Hoden resp. aus der Prostata, die Charkot-Leydenschen Kristalle, aus den entsprechenden Organen der jungen Bullen ausgezogen und in 2prozentiger wässeriger Lösung als „Sperminum Poehl" zur subkutanen Injektion in den Handel gebracht. Es soll hauptsächlich zu lebhaften Oxydationsvorgängen im Körper und dadurch zur allgemeinen Kräftigung anregen, soll aber kein eigentliches Aphrodisiakum sein. Es entfaltet keine spezifische Heilwirkung, sondern die Wirkung dürfte wohl nur eine suggestive sein und heute wird es wohl nur von den allerwenigsten Ärzten noch angewandt.

Übrigens soll das „Sperminum Poehl" nicht identisch sein mit der Schreinerschen Base, die auch in verschiedenen Organflüssigkeiten zu finden ist, sondern die Formel $C_5H_{14}N_2$ haben. Nach Poehl soll es ja als „physiologischer Katalysator", als Ferment der intraorganen Oxydation dienen, d. h. es soll in erster Linie die sexuellen Funktionen erhöhen, die Libido anregen, zur Erektion führen. Es soll aber auch allgemein anregende Wirkungen auf die Organe entfalten, also die Herztätigkeit anregen, die Muskelkraft verstärken, Appetit, Schlaf heben, körperliches und geistiges Wohlbefinden erzeugen.

Jedenfalls sind „Séquardin" wie „Sperminum Poehl" Mittel, die der Praktiker gegen Impotenz nicht anwenden sollte, ganz abgesehen davon, daß ihr Preis ein sehr hoher ist.

Zur Begründung dieses gestatte man mir einen kurzen Blick auf die Lehre der „inneren Sekretion".

Die Hoden und Eierstöcke haben außer ihren Hauptfunktionen, Sperma zu bereiten resp. Eier zu produzieren, noch spezifische Reize auf die Geschlechtszentren auszusenden und so die Libido sexualis hervorzurufen, d. h. es ist in neuester Zeit als eine wichtige und noch nicht genügend gewürdigte Funktion der Sexualdrüsen die der inneren Sekretion anerkannt worden.

Wir wissen, daß unter dem Einfluß der männlichen Drüsen sich die charakteristischen Zeichen der Männlichkeit während der Pubertät

ausbilden und unter dem Einfluß des Ovariums die der Weiblichkeit, d. h. daß die innere Sekretion die Entwickelung der sekundären Geschlechtscharaktere verursacht, wie ich Band I, S. 98, vorliegender Zeugungsmonographien kurz gezeigt unter dem Kapitel: „Der Einfluß der inneren Sekretion der Geschlechtsdrüsen auf die übrigen Körperorgane".

Fragen wir uns nun: Wie hat sich bisher in der Praxis die Keimdrüsenextrakttherapie bewährt, so läßt sich nach der bisherigen Literatur nur folgendes sagen. Die Wirkung des Liquor testiculus von Brown-Séquard beruht auf der Wirkung des Produktes der interstitiellen oder Leydigschen Zellen, und da ist nach den bisherigen Erfahrungen in der Praxis bewiesen, daß der aus dem Hoden gewonnene Extrakt nicht die Wirkung hat wie das Drüsenextrakt dieser Leydigschen Zellen oder, wie Bonin und Aneel in ihren klassischen Arbeiten, die in den „Comptes rendus de la société de biologie" seit 1903 erschienen sind, sich ausdrücken, die die „glande interstitielle du testicule" hervorbringt. Es ist eben zweierlei, die Wirkung des Saftes im Organismus und des künstlich gewonnenen Hodensaftes. Jedenfalls gehen bei dieser künstlichen Gewinnung außerhalb des Körpers chemische Vorgänge mit demselben vor, die die natürliche Wirkung illusorisch machen.

So haben Zoth und Pregel („Zwei ergographische Versuchsreihen über die Wirkung orchitischen Extraktes" in Pflügers Archiv für die gesamte Physiologie 1892, Bd. 62, und daselbst 1898, Bd. 69: „Neue Versuchsreihen (Hantel-Versuch) über die Wirkung orchitischen Extraktes" und F. Pregel: „Zwei weitere ergographische Versuche über die Wirkung orchitischen Extraktes" (daselbst 1896) gezeigt, daß selbst die wochenlange Injektion von orchitisehem Extrakt keine Steigerung der muskulären Leistungsfähigkeit hervorbringt. J. Baum („Die örtliche Einwirkung von Nebennierensubstanz, Brenzkatechin und Spermin auf die Zirkulationsorgane", Berliner klinische Wochenschrift 1905) will allerdings Gefäßerweiterung durch Spermin beobachtet haben. Serrelaches et Pares („Quelques données sur la physiologie de la prostate et du testicule." Comptes rendus de la soc. de biologie 1907, pag. 790) wollen beobachtet haben, daß eine intravenöse Injektion eines Glyzerinhodenextraktes das Symptom des Abschlusses der Blase, wie bei der Ejakulation, künstlich hervorgebraeht habe. Bekanntlich kommt dieser Abschluß physiologisch dadurch zustande, daß mit dem Eintritt der Erektion auch das Caput gallinaginis schwillt, dadurch werden die Ausflußöffnungen der Ductus ejaculatorii nach vorn in die Pars prostatica urethrae gedrückt und der Zugang zur Blase abgeschnitten, wodurch 1. der Abfluß des Spermas in die Blase verhindert wird, 2. aber auch der Durchfluß des Urins durch die Urethra für das Moment der

Ejakulation aufgehoben wird. Ich bezweifle noch sehr die Richtigkeit der Angabe dieser französischen Autoren bezüglich dieser Wirkung.

Es fragt sich nun, welche chemische Konstitution hat denn dieser Hodenextrakt?

Wir stehen hier jedenfalls noch im Anfange der Organextraktchemie, und Endgültiges läßt sich noch nicht sagen.

W. E. Dixon („The composition and action of the orchitic extracts". Journal of physiology, vol. 6, 1900/01) meint, daß Nukleoproteine die wirksamen Bestandteile des Hodenextraktes sind. Für diese Annahme spricht auch Loisel („Contributions à l'étude des sécrétions chimiques des glandes génitales". Comptes rendus de la soc. de biologie 1904, vol. 56, pag. 104 ff.). Er meint jedoch, daß gleichzeitig gewisse toxische Stoffe (Basen) vorhanden sind.

Ähnlich sind die Ergebnisse der Forschungen über weibliche Keimdrüsenextrakte. Bucura („Beiträge zur inneren Funktion des weiblichen Genitale". Zeitschrift für Heilkunde 1907, 28) hat nachgewiesen, daß artfremdes Ovarialextrakt, subkutan injiziert, bei den Tieren zu schweren Schädigungen der Follikel führt. Hallion („Effet vasodilatateur de l'extrait ovarien sur le corps thyroïde". Comptes rendus de la soc. de biologie 1907) will gefäßerweiternden Einfluß auf die Glandula thyreoida bei Ovarialextrakt beobachtet haben. Kurz, die Lehre der Wirkung der Keimdrüsenextrakte liegt noch zu sehr in den Anfängen, und nach den wenigen von mir mitgeteilten Beobachtungen, die absolut noch keine Klärung über die Wirkung zulassen, andererseits nach den praktischen Mißerfolgen sollte jeder Arzt bei Impotenz eine Anwendung von Hodenextrakt als verfehlt betrachten.

Eine besondere Ausbildung hat die

Instrumentelle Behandlung der Impotenz.

erfahren. Schon sehr früh verfiel man auf, ich möchte sagen eine Art Pendant zur Brown-Séquardschen Organsafttherapie, nämlich auf ein Instrument, welches mechanisch eine Steifung des Gliedes hervorbringen sollte. Mondat führt in seinem Werke: „De la stérilité de l'homme et de la femme", 5. Aufl., Paris 1840, ein Instrument an, die sog. „Ventouse", d. h. eine Art Saugspritze oder vielmehr Luftpumpe, die vermittels Aspiration das Blut in die Corpora cavernosa sog und so mechanisch eine Erektion zustande brachte. Der Penis wird in den Apparat gesteckt und der Rand des letzteren fest gegen die Pubes aufgedrückt. Abgesehen davon, daß dieses Mittel nicht immer von Erfolg begleitet ist, ist es auch sehr gefährlich, da es Hämorrhagien im Penis verursachen kann. Es vermag natürlich im günstigsten Falle nur eine vorübergehende, niemals eine dauernde Erektion zu erzeugen, und damit ist schon die Anwendung dieses Saugapparates gerichtet. Es kann ja

gar nicht anders sein, da die Erektion nicht auf einer bloßen mechanischen Füllung der Corpora cavernosa, sondern auf einem außerordentlich feinen physiologischen Vorgang beruht, wie ich Bd. I vorliegender Monographien („Erektion", S. 72 ff.) gezeigt habe. Der Apparat ist später von Hammond mehrfach versucht worden, wie er sagt: „ohne den geringsten Erfolg", weil nach Abnahme des Apparates durch Zuströmung der Luft der Penis sofort wieder sinkt.

Das Prinzip der „Ventouse" wurde später wieder aufgegriffen durch einen deutschen Ingenieur Paul Gassen, Köln, der zwei Instrumente schuf, den „Kumulator" und den „Erektor". Der erstere stellt nach dem Prinzip der Luftpumpe einen Saugapparat dar, während der letztere eine elastische Metallschiene ist, die dem Penis nur mechanisch Halt gibt. Obwohl sich kein geringerer als v. Krafft-Ebing für den Kumulator aussprach, weil er bei paralytischen Formen bisweilen geringen Nutzen schaffe, und obgleich Fürbringer meint, daß es „hier und nicht minder bei der relativen Impotenz" bisweilen zur Wiederherstellung der Kohabitationsfähigkeit komme, kann ich mich diesen Urteilen nicht anschließen. Es sagt Fürbringer gleich weiter, daß er „bei verfrühter Ejakulation aus Anlaß erheblicher reizbarer Schwäche des Nervensystems" nicht anzuwenden sei. Ich habe in meiner „Prophylaxe der Funktionsstörungen des männlichen Geschlechtsapparates" (Handbuch der Prophylaxe, Supplement III, S. 29) diese Instrumente folgendermaßen beurteilt: „Meines Erachtens sind diese Instrumente recht herzlich schlecht und selbst bei Abnahme der Potenz prophylaktisch kaum zu empfehlen, denn der Kumulator ist direkt ein gefährliches Instrument wie die ‚Ventouse', seine Anwendung ist die Masturbation vermittels Instruments von reinstem Wasser, und er dürfte dadurch, anstatt zur Hebung der Potenz, nur desto rascher zum Verluste derselben beitragen, und der Erektor ist, auch wenn er bisweilen günstige Dienste geleistet hat, doch nur ein trauriger Notbehelf, der auf die Dauer nun und nimmermehr eine sinkende Potenz prophylaktisch durch seine mechanische Stütze aufheben kann. Die Wirkung dürfte mehr eine psychische sein, die jedoch bald versagt." Daß diese Instrumente meist nur psychisch wirken, beweist der von v. Gyurkovechky mitgeteilte Fall, wo einem Impotenten nur dann der Beischlaf gelang, wenn er den Schlitten mit sich führte, auch wenn er ihn nie benutzte. Die psychische Wirkung dürfte aber durch die Autorität des Arztes, event. durch Hypnose, meist ebensogut herzustellen sein. Löwenfeld unterzieht diese Apparate („Sexualleben und Nervenleiden") zwar einer strengen, aber gerechten Kritik. Sie wirken nach dem heutigen Stand der Dinge fast nur als Suggestivapparate.

Jedenfalls darf vom moralischen Standpunkt aus der Arzt meines Erachtens kraft seiner autonomen Moral solche Instrumente ver-

ordnen. Gerade ein gewissenhafter Arzt kann in besonders berücksichtigenswerten Fällen, „wenn alles andere ihn im Stiche läßt“, wie v. Gyurkovechky auch meint, hierzu schreiten. Ich möchte hier daran erinnern, daß ich bei Dyspareunie mehrfach zum Anraten eines „Kitzelfingers“ seitens des Ehegatten geschritten bin, was mancher Kollege der Moral, vielleicht sogar der Standesmoral zuwiderlaufend halten wird. So sah ich sogar vor mehreren Jahren durch eine solche Verordnung bei Sterilität der Frau infolge von Dyspareunie Schwangerschaft eintreten. Die hierdurch herbeigeführte Klitorisreizung ante coitum hatte den Orgasmus bei der Frau ausgelöst und zur Befruchtung geführt.

Andererseits ist der Kitzelfinger auch in gewissem Maße eine instrumentelle Behandlung der Impotentia nervosa, die sich in präzipitierten Ejakulationen zeigt. In zwei Fällen, wo die Ehefrauen dadurch hochgradig erregt und unbefriedigt das Ehebett verließen und, mißmutig gemacht, jede weitere Annäherung des Ehemannes perhorreszierten, habe ich ebenfalls diesen Rat erteilt und dadurch wenigstens das erreicht, daß die Frauen wenigstens hin und wieder bei der Kohabitation erregt wurden und es zum Schnellorgasmus vor resp. während der Ejakulation des Mannes kam. (Näh. s. Bd. IV.)

Vor einigen Jahren kam ein Patient zu mir, der sich, wie er angab, in Braunschweig eine Penishandpumpe nach Prof. Zabludowski, ohne ärztliche Empfehlung, auf eigene Initiative hin gekauft hatte. Dieselbe hatte, wie er angibt, 36 Mark gekostet, bestand aus einem großen, mit Zentimeterstrichen graduierten Saugglas und einer großen Saugspritze. Wohl hatte Patient damit eine Erektion erzielt, die aber, sobald er die Spritze absetzte, wieder nachließ. Patient war damit sogar zu einem Mädchen gegangen, das unter großer Heiterkeit, wie er selbst angab, „gepumpt“ hatte. Doch vergeblich. Es kam nicht zum Koitus.

Ein Arzt, der sich mit der Behandlung sexueller Anomalien und Perversionen, besonders aber mit der Impotenz bei beiden Geschlechtern befaßt, darf und muß manchmal zu solchen Ratschlägen schreiten.

Was den vorhin erwähnten „Schlitten“ anbetrifft, so ist das ein Instrument, das nach v. Gyurkovechky aus zwei zarten Schienen besteht, welche an der Basis durch einen mittleren Ring und am oberen Ende mittels eines Kautschukringes verbunden sind. Es soll zur Einführung des unvollständig oder nicht erigierten Penis in die Vagina dienen, dem sich allmählich erigierenden Penis anpassen und, wenn es nach Maß angepaßt ist, seinen Zweck vollständig erfüllen. Ich habe es noch nicht gesehen, es scheint jedenfalls sehr selten zu sein. Nach diesem Autor soll es auch, weil es ein Hilfsmittel der „Debauche“ ist, in der Regel zu Mißbrauch verleiten.

Einer meiner Patienten war auf folgende Originalidee, den Beischlaf

zu vollziehen, gekommen. Er kaufte sich die stärksten Gummikondoms, die er bekommen konnte, nähte an den Außenseiten je ein Stück eines Zelluloidstabes von einer Damenkragenstütze an und versuchte so in die Vagina einzudringen. Natürlich gab dies dem nur etwas gesteiften Penis einen gewissen Halt, und so gelang es ihm bisweilen, damit zu einer Einführung zu kommen. Das Hin- und Herschieben des Stabes am Penis verursachte vielleicht auch einen gewissen masturbatorischen Reiz. Oft zerriß das Gummikondom allerdings dabei.

In neuester Zeit haben verschiedene Autoren wieder versucht, Instrumente zur Hebung der Impotenz einzuführen. So z. B. Dr. Siegfried Spiegel (Österreichische Ärztezeitung 1912, Nr. 21/22) hat einen Apparat konstruiert, „welcher den schlaffen Penis zunächst in die Erektionslänge bringen und den nötigen Widerstand zur Überwindung des Introitus vaginae erzielen soll, ferner muß eine derartige Vorrichtung während der Friktionsbewegungen der auftretenden Schwellung der Corpora cavernosa in querer Richtung nachgeben, ohne abzurutschen, drittens darf der Apparat weder dem Manne noch dem weiblichen Partner fühlbar sein, viertens darf die Ejakulation nicht behindert sein, und last not least muß ein derartiger Apparat die Oberfläche des ganzen Penis nahezu unbedeckt lassen, damit der Genuß beider Teile ein normaler sei."

Er verwendete ein mit Gummi überzogenes Neusilbergestell, bestehend „aus einem Grundriß mit zwei Bügeln, welche sich in die Haut des Skrotums einlegen, zwei dünnen Spangen, welche, vom Grundringe ausgehend, zu beiden Seiten der Urethra in dem Sulkus zwischen Corpus cavernosum penis und Corpus cavernosum urethrae verlaufen, und in der Gegend des Frenulum praeputii mit einem um den Sulcus retroglandularis geschlossenen schmalen Gürtel verbunden sind. Dieser Gürtel findet seinen Stützpunkt an der Corona glandis."

Nach Verfasser soll der Apparat indiziert sein bei allen Fällen psychischer, nervöser, beginnender seniler mechanischer Impotenz und bei allen Fällen absoluter seniler (sic Verf.) und paralytischer Impotenz (!) von Erfolg begleitet sein.

Danach gäbe es ja fast gar keine Impotenz mehr. Jeder Greis wäre da selbst im höchsten Alter ja noch potent, will doch Verfasser bei der beginnenden senilen Impotenz „durch ein gewisses individualisierendes Training die Leitungsbahnen länger wegsam erhalten".

Ich halte dies für einfach unmöglich aus physiologischen Gründen, da zu einer normalen physiologischen Kohabitation nicht bloß eine Erektion gehört, sondern noch andere Vorbedingungen, wie Libido, Funktionierung der Hodenzellen, nicht bloß der Sperma produzierenden, sondern auch der Leydigschen zur Bildung des spezifischen

Hormons zur Anregung der Libido u. v. a., alles Dinge, die wir im Alter nicht durch einen mechanischen Apparat am Penis ersetzen können.

Dann ist Verfasser im großen Irrtum, wie ich aus meiner Praxis weiß, wenn er meint, daß „keine noch so schön benannte Therapie oder Aphrodisiakum in so kurzer Zeit, gleich das erstemal, das Selbstvertrauen des Patienten heben wird, wie der sofort mit Hilfe des Apparates ausführbare Koitus". Johimbin vermag das bei nervös-psychischer Impotenz, wie der Leser aus meinen Ausführungen ersehen hat.

Schmitz und andere Autoren haben noch Instrumente zur Behebung der Impotenz konstruiert.

Daß man die Massage, und nicht bloß die Handmassage, sondern auch die instrumentelle, dazu benutzt hat, den Penis zur Erektion zu bringen, möchte ich hier nur nebenbei erwähnen. Trousseau et Pidoux („Traité de thérapeutique et de matière médicale", 9e édit.), zwei ältere französische Schriftsteller, wollen damit bei geschlechtlicher Impotenz „glückliche Resultate" erzielt haben, und Roubaud hält sie für ein sehr energisches Unterstützungsmittel, nicht für ein Heilmittel. Er unterscheidet trockene und feuchte Friktionen an und in der Umgebung der Genitalien. In letzter Zeit hat besonders Zabludowski die Hodenmassage wieder aufgebracht, ebenso eine Stauungshyperämie des Penis à la Bier durch Umschnürung an der Wurzel und eine Penisluftpumpe, Dinge, die meines Erachtens nicht nur nicht nützlich, sondern sogar direkt schädlich wirken. Sie stellen re vera, selbst ausgeführt, nichts weiter dar als eine Automasturbation und von anderen ausgeführt, eine mutuelle Masturbation, und da eine solche die Potenz eher schwächt als hebt, möchte ich davon lieber abraten als zuraten, wie die neueren Autoren wohl meist.

Noch schlimmer ist die Flagellation, besonders ad nates. Daß sie sexuell erregend wirkt, ist sicher. Eine schwindende Potenz damit beheben zu wollen, erinnert unwillkürlich an die — Bordelle, wo sie, nicht bloß zur Betätigung der Perversität, sondern auch zur Hebung der Potenz — auf Wunsch der Klientel im Schwange ist. Ein bekannter Flagellant ad nates war ja J. J. Rousseau.

Noch schlimmer ist die Urtikation, die Geißelung der Nates, für unsere Zwecke. Die moderne Wissenschaft ist über all diese „Heil"-methoden zur Tagesordnung übergegangen.

Die Kaustiktherapie.

Bei denjenigen Formen von Impotenz, die auf lokaler Erkrankung der Harnröhrenschleimhaut beruhen, hat sich bei mehreren Urologen die Kaustiktherapie eingeführt, besonders bei den Formen frühzeitiger Ejakulationsimpotenz, die auf Schwellung und chronischer Entzündung

der Pars prostatica urethrae beruhen, der sog. Colliculitis. Dieser letztere Ausdruck ist nicht genau, da ja nie eine eng abgegrenzte Entzündung des Kollikels vorliegt, sondern mehr oder weniger auch der Umgebung der Pars prostatica urethrae. Ich habe früher gezeigt, wie diese Erscheinung meist eine Folge des Coitus interruptus, seltener der Masturbatio interrupta resp. des Abusus sexualis ist. In diesen nicht allzu häufigen Fällen wird die Kaustiktherapie angewandt. Dieselbe ist kein neuzeitliches Ergebnis wissenschaftlicher Forschungen, sondern rührt ursprünglich von Lallemand her, der in seinen „Pertes seminales" ausführlich diese Methode beschreibt. Er ätzte den Kollikel mit Argentum nitricum in Substanz. Ich habe mehrfach — zuletzt bei einem Zahnarzt, der, wegen Pollutionen in meiner Behandlung stehend, hinter meinem Rücken nach B. ging und dort von einem Kollegen mit Argentum nitricum in Substanz geäzt wurde — recht heftige und sehr schmerzhafte Uretritiden folgen sehen, nach deren Behandlung zwar die Pollutionen noch vorhanden waren, aber die Sexualneurasthenie sich — verstärkt hatte. Die hervorragendsten Autoren sprechen sich gegen diese Methode aus. So sagt Finger, loc. cit. S. 62: „So rationell diese Therapie a priori aussieht, so wenig ist sie doch bei sexuellen Neurasthenikern indiziert, denen diese langwierigere, stets empfindlichere und die Nerven irritierendere Methode wenig zusagt. Viel schonender erreichen denselben Zweck Injektionen in die Pars posterior, mittels Guyon- oder Ultzmannscher Spritze appliziert", und Fürbringer meint, loc. cit. S. 135, daß von „Apparaten, welche auf dem Wege energischer Kauterisation oder sonstiger mechanischer Gewebsläsion tiefer greifende Entzündungszustände setzen und ohne intensive Schmerzempfindung nur selten angewendet werden können" abgesehen werden solle.

Diese energischen Kauterisationsmethoden unter dem Urethroskop mit Argentum nitricum purum sind Domaine nur weniger Fachurologen. Hingegen kann die Instillationsmethode, die nicht so tiefgreifende Gewebsläsionen macht, von jedem Praktiker angewandt werden.

Ich übe dieselbe folgendermaßen aus:

Vorrätig habe ich eine 10prozentige und eine 20prozentige Argentum-nitricum-Lösung, die mit Aqua destillata sterilisata nach Belieben verdünnt werden können. Mit einer sterilisierten Guyonspritze, der eine Pravazspritze aufgesetzt wird, beginne ich mit Injektion von 1 g = (1 Spritze) einer 5prozentigen Arg.-nitr.-Lösung in die hintere Harnröhre. Dieselbe brennt relativ sehr wenig, nur einige Minuten. Ich schreite nach zwei Injektionen zur 7½- resp. 10prozentigen Lösung über, gebe hiervon wieder jeden zweiten bis dritten Tag eine Injektion, nach weiteren zwei Injektionen gehe ich zur 15prozentigen und dann zur 20prozentigen Lösung über, und zwar ohne Anwendung von Kokain oder irgendein Lokalanästhetikum. Es gibt allerdings einige Patienten,

bei denen 15prozentige und selbst 10prozentige Lösungen nicht überschritten werden können, weil sie über relativ starke Nachschmerzen klagen. Es sind dies aber die wenigsten. Man ist im Gegenteil erstaunt, wie die meisten Patienten selbst eine 20prozentige Lösung gut vertragen. Mit 1—10prozentigen Lösungen, wie Finger angibt, bin ich nicht ausgekommen. Ich halte diesen Prozentsatz in der Allgemeinheit doch für etwas zu schwach. 20prozentige Einspritzungen machen nur ein geringes Brennen und höchst selten einen ganz schwachen, 1—2 Tage dauernden Ausfluß. Nur ganz selten, einige Male nur, bin ich bis zur 25prozentigen Lösung, nicht stärker, vorgegangen.

Mit dieser einfachen, von jedem Arzt auszuführenden Methode kommt man mit ca. 12 Injektionen zum Ziel.

Bei denjenigen Patienten, welche gleichzeitig eine Prostatitis haben, mache ich Ausdrückungen der Prostata mit Feleki vom Mastdarm aus, verordne nach Entleerung des Mastdarms mit der Spülkanne täglich Injektionen von 10prozentiger Ichthyollösung mittels einer Mastdarm- oder Oidtmannspritze (à 8 g), event. Jodjodkaliumsuppositorien. Jod. puri 0,05, Kal. jodat 0,5, Butyr. cac. 2,0, f. suppositor. Innerlich Ergotin.

Bei denjenigen Formen, die auf chronischer Gonorrhöe der hinteren Harnröhre event. Blase beruhen, mache man Spülungen der Blase und hinteren Harnröhre mit Arg. nitric. 1 : 1000,0 und Dehnungen mittels der sog. Sondenkur, erst gerade, dann gebogene Stahlsonden (beginnend mit ca. No. 20 Charrière, steigend bis ca. No. 26), danach event. anschließend Dilatationen nach Kollmann mit dem Dilatator (bis No. 45 Charrière).

Die Ehe als therapeutisches Moment bei Impotenz.

Wer Sachkenntnis in der Sexualliteratur hat, wird erstaunt sein, wie ganz verschieden die Frage über das Heiraten der Impotenten beantwortet ist, und wer allein nach Büchern sich hier ein Urteil bilden will, ist, wenn er die verschiedensten Werke durchstudiert hat, genau noch so gescheit wie vorher, d. h. er weiß sich keinen Rat. Auch hier geht Probieren über Studieren, will heißen, Erfahrung, Praxis über Theorie. Im Grunde genommen fällt die Frage ja zusammen mit der: Darf der Impotente einen Kohabitationsversuch machen? Diese Frage klingt wie eine Contradictio in adjecto, denn, wenn jemand impotent ist, kann er nicht koitieren. Daraus geht schon hervor, daß eine Verheiratung bei Impotenz nur dann in Frage kommen kann, wenn durch die Behandlung eine derartige Besserung erzielt worden ist, daß man annehmen kann, die Impotenz sei behoben. Wie soll man das wissen? Am besten zeigt sich die Besserung der Impotenz durch Eintreten von Erektionen, und zwar regelmäßig eintretenden,

kräftigen Morgenerektionen des Penis. Sie sind ja gleichsam das Frühsymptom der wiedererwachenden Potenz. Sie sind im „klimakterischen Mannesalter", d. h. in der Zeit der beginnenden senilen Impotenz, ein Zeichen, daß die Potenz wenigstens des Morgens noch vorhanden ist, in den jüngeren Jahren nach Impotenz, daß Potenz überhaupt wieder erwacht. Kommen noch hinzu wiedereintretende Pollutionen, die keine Abgeschlagenheit hinterlassen und — falls sie vorhanden waren — das Wegbleiben von Spermatorrhöen, so ist die Prognose günstig. Die Trias: Erscheinen von Morgen- oder noch besser Tageserektionen, Pollutionen, event. Verschwinden der Samenergüsse bei schlaffem Gliede ist das beste Zeichen, daß die Therapie angeschlagen, der Patient auf dem Wege der Besserung resp. völligen Genesung ist. Daß der Arzt in solchen Fällen die Kur noch nicht unterbrechen, sondern noch weiter gebrauchen lassen wird, bei verheirateten Patienten hin und wieder einen Koitus gestattet, vor allen sexuellen Exzessen aber warnt, ist ja selbstverständlich. Ätiologische Ursachen, wie sexuelle Exzesse, d. h. aus Freude des Wiedererwachens der Potenz zu häufiges Koitieren (ein Fehler, der oft begangen wird), Onanie, Coitus interruptus sind streng zu verbieten. Eheleuten, die vor der Impotenz des Mannes letzteren ständig geübt, rate ich folgende Trias: dem Manne möglichst dünnes Coecalkondom, der Frau, wenn anbringbar, d. h. wenn die Form des Muttermundes es gestattet, Okklusivpessar (Cave in jedem Falle Intrauterinpessar!) und Ausspülung mit einem das Sperma abtötenden Mittel unmittelbar post coitum (vgl. meine „Vorlesungen über das Geschlechtsleben des Menschen", Bd. I, Vorlesung „Neumalthusianismus").

Was sollen wir nun tun bei Unverheirateten?

Da diese Impotenten ja vorher im unehelichen Geschlechtsverkehr ihre Impotenz meist erwarben resp. konstatierten, werden sie, auch ohne uns zu fragen, nach Erhalt der Potenz zu demselben zurückkehren. Wenn aber die Frage der Verheiratung solcher vorher impotenter, jetzt gebesserter oder völlig potenter unverheirateter Patienten an uns herantritt, so ist meines Erachtens auch dies ein Fall, wo der Arzt event. den außerehelichen Verkehr heranziehen muß. Ich gebe den dringenden Rat, nicht von vornherein sofort die Erlaubnis zur Verheiratung zu geben oder gar von selbst dazu zu raten, sondern die Potenz ante matrimonium bezüglich ihrer Dauer zu prüfen, dem Patienten Anweisungen zu geben, wie oft er koitieren soll. (Alle 2—4 Wochen einmal!) Nach dem Ausfall, dem Gelingen resp. Nichtgelingen, richtet sich die Frage des Ehekonsenses.

Reüssiert Patient in einem solchen „mehr dauernden“ Verhältnis nicht für längere Zeit, ist auch dringend von der Ehe abzuraten. Reüssiert er, ist die Ehe zu gestatten, obgleich man auch in solchem Falle dem Patienten sage: Ob die Potenz auf Jahre und Jahrzehnte (nervöse Impotenz!) anhält, läßt sich nicht mit voller Sicherheit vorher sagen! Denn die Ehe ist hier ungefähr so zu beurteilen wie ein länger dauerndes „Verhältnis“. „Ist die Ehe, d. h. der regelmäßige, nicht übertriebene geschlechtliche Umgang mit demselben Weibe, gewiß ein gutes Konservierungsmittel einer leicht angekränkelten Potenz, so ist sie auf die Dauer andererseits doch gewiß ein Mittel, eine schon vorgeschrittene und nur temporär etwas gebesserte Impotenz rasch zu verschlimmern“ sagt Finger sehr richtig loc. cit. S. 67.

Man sieht, die Frage: „Anempfehlung einer Ehe bei Impotenz oder nicht?“ ist je nach den Formen der Impotenz, äußeren Umständen, besonders dem event. sexuellen Verlangen der weiblichen Partnerin usw. ganz außerordentlich verschieden zu beantworten. Die sozialen Umstände, die Charaktere, der Beruf und vieles andere sind wohl zu berücksichtigende Momente. Deswegen ist es auch dem nur einmal gefragten Spezialarzt kaum möglich, einen solchen Fall gleich perfekt zu beantworten. Der behandelnde Hausarzt, der mit den familiären und anderen Umständen besser vertraut ist, vermag dies viel besser. In meinen „Krankhaften Samenverlusten, Impotenz und Sterilität des Mannes“ habe ich die Frage folgendermaßen beantwortet: „Es ist hier dem Arzte der wohlgemeinte Rat zu geben, möglichst zurückhaltend beim Anraten der Ehe zu sein, denn oft würde der Impotente nur sich und die künftige Gattin unglücklich machen, wenn er die Ehe einginge. Warum? Weil beim gegenseitigen Verkehr die Verschiedenheit des Geschlechtstriebes eine vorher nie geahnte Wichtigkeit spielen kann, denn es ist einleuchtend, daß ein geschlechtlicher Schwächling in den Armen einer geschlechtlich sehr tief und sehr mächtig erregten, mit starker sexueller Begierde ausgestatteten Frau nicht nur nicht reüssiert, sondern, daß das Wenige der sinkenden Potenz, welches bei einem vernünftigen Entgegenkommen der Frau noch erhalten werden kann, durch übermäßige sexuelle Begierde der Frau desto schneller auf Nimmerwiedersehen verschwindet, wie auch umgekehrt eine sexuell sehr mäßige, wenig begehrliche Frau in den Armen eines tiefsinnigen, melancholischen Impotenten nie zur Hebung der Potenz des letzteren beitragen wird. Es sind dies Ehen, die trotz glänzender äußerer sozialer Verhältnisse bald mit Ehescheidung ihren Abschluß finden. Es ist allerdings sicher, daß bei gegenseitiger tiefer Neigung, wahrem gegenseitigen Verständnis in sexuellen Dingen und ungefähr gleichem Geschlechtstrieb eine Ehe sehr viel zur Hebung

der männlichen Impotenz beitragen kann, ja die Impotenz völlig heilen kann, doch der Arzt sei äußerst vorsichtig, er erkläre sich für nicht genügend kompetent, hierüber sein Urteil abzugeben und sage dem ratsuchenden Impotenten offen, daß zur Beurteilung eine genaue Kenntnis gegenseitiger Charaktere, geschlechtlicher Empfindungen usw. dringendes Erfordernis sei. Besonders jungen Witwen gegenüber rät der Gynäkolog P. Müller größte Vorsicht an, weil sie in erster Ehe das Geschlechtsleben in vollen Zügen genossen, gleichsam zu verwöhnt im geschlechtlichen Genuß sind, um dann im Verkehr mit einem nur mäßig Potenten zu den unglücklichsten Wesen gemacht zu werden. Nur bei vollständig klarer, durchsichtiger Sachlage, bei völlig genauer Kenntnis beider Charaktere, besonders, wenn man seitens der späteren Gattin Verständnis und Vernunft in sexuellen Dingen voraussetzen darf, kann man das Eingehen der Ehe empfehlen oder wenigstens gestatten."

Dieser letztere Punkt, das Verständnis für den sexuellen ehelichen Verkehr, geht der Gattin oft ab. Fürbringer meint, aus reicher Erfahrung behaupten zu können, „daß es mit der Potenz nicht weniger geschlechtsschwacher Männer gar nicht so übel bestellt wäre, wenn nicht falsch angebrachte Prüderie und Ungeschick von seiten der ehelichen Lebensgefährtinnen jede Ausnutzung der noch bestehenden geschlechtlichen Kraft vereitelte." Ja er kommt zu der Ansicht, daß eine Impotenz des Mannes oft sogar nur Scheinimpotenz sei, sich lediglich erklären lasse durch die Ungeschicklichkeit der Frau beim ehelichen Verkehr. Der Praktiker muß daher mit dem Manne unter vier Augen auch über diesen Punkt, das Entgegenkommen der Frau des Impotenten im sexuellen Verkehr, sprechen und event. im Beisein der Ehegattin unter möglichster Schonung des weiblichen Schamgefühls die nötige „Belehrung über das rationellste Arrangement" geben.

Wenn solche Schwierigkeiten bei der Frage: Ehe oder Nichtehe für einen früheren Impotenten ? sich ergeben, braucht man sich nicht zu wundern, wenn bedeutende Fachkenner unseres Gebietes sich auf einen strikt negierenden Standpunkt stellen, wie z. B. Hammond, der loc. cit. S. 122 sagt: „Ich möchte eine solche Frage immer verneinen, sowohl aus Rücksicht auf den Patienten, als auch auf das unschuldige Weib . . . Dadurch, daß man einen impotenten Mann eine Verpflichtung eingehen läßt, die er unmöglich erfüllen kann, macht man sich auch eines Vergehens gegen die gute Sitte schuldig und begeht ein Verbrechen an der Gesellschaft, welches nicht zu rechtfertigen und in stärksten Ausdrücken zu verurteilen ist. Ich habe jedoch Ärzte gekannt, welche in der Überzeugung, etwas Gutes zu stiften, einem verkommenen impotenten Roué den Rat gaben, ein junges, kräftiges, unschuldiges Mädchen zu heiraten, um so einen energischen Reiz auf die Sexualorgane auszuüben."

Dieser Standpunkt Hammonds dürfte für alle Fälle wohl ein etwas zu abstrakter sein.

v. Gyurkovechky äußert sich loc. cit. S. 169/70 folgendermaßen: „Seit jeher haben in derartigen Fällen Ärzte die Ehe angeraten. Mit der Ehe ist es nun eine heikle Geschichte. Ich teile durchaus nicht die engherzige Ansicht mehrerer Autoren, welche es nicht sehen wollen, daß das heilige Sakrament der Ehe zu einem therapeutischen Hilfsmittel herabsinkt. . . . Es ist schwer, jemanden zur Ehe zu raten, da man nicht gerne jemandes Unglück am Gewissen haben möchte. Es muß jedoch zugegeben werden, daß eine passende Ehe das sicherste Heilmittel vieler Impotenzformen ist und daß eine passende Ehe, ich wiederhole: eine passende Ehe, zugleich ein mächtiges Präservativ gegen Impotenz ist." Gewiß sehr diplomatisch, aber — ein Rat, mit dem der Praktiker gar nichts anfangen kann.

An diejenigen Kollegen, die das Anraten eines außerehelichen Verkehrs seitens des Arztes in allen Lagen, auf jeden Fall für unmoralisch erklären, gestatte ich mir en passant folgende Frage: Wenn wir einem solchen Patienten keinesfalls Ehe anraten dürfen, außerehelichen Verkehr aber erst recht nicht, dürfen wir denn dann einen außerehelichen Impotenten überhaupt in Behandlung nehmen? Ist es da nicht schon ein Verbrechen, oder gelinde ausgedrückt, ein Nonsens, einem solchen Kranken wieder zur Potenz zu verhelfen?? — Der Fachsexologe kommt, wie man sieht, mit solchen Moralanschauungen recht oft in Konflikt. Davon, daß, wenn wir einem solchen Patienten unseren Ratschlag, und sei es den eines außerehelichen Koitus, verweigern würden, ihn damit z. B. immer mehr den Spermatorrhöen oder krankhaften Pollutionen u. a. aussetzen und daß wir dadurch erst recht unmoralisch handeln würden, davon will ich gar nicht sprechen. Ein solcher Patient würde dann unwillkürlich im wüstesten, im bunten kaleidoskopischen Wechsel erfolgenden außerehelichem Sexualleben mit korruptesten Prostituierten und im perversesten Verkehr Hebung der Potenz suchen. —

Andere Autoren, wie Fürbringer („Passende Ehen zählen zu den sichersten Heilmitteln vieler Impotenzformen"), Beard, Rockwell, Oppenheim, Rosenthal u. a. sind mehr für Anempfehlung der Ehe.

Ich habe, nach Präzisierung meines eigenen Standpunktes, absichtlich bei dieser außerordentlich schwierigen therapeutischen Frage so viele Meinungen unserer besten Autoren über diese Materie herangezogen. Man wird im allgemeinen in den meisten Fällen mehr dem verweigernden Standpunkt Hammonds beipflichten müssen und nur in den selteneren Fällen das Anraten einer Ehe für indiziert ansehen können, denn man vergesse nicht: durch das Nichteingehen einer Ehe wird gewöhnlich keinem geschadet, niemand

unglücklich gemacht, durch das Eingehen derselben event. aber zwei Menschen, oft zwei Familien. Die Tragikomödie einer Ehescheidung schwebt immer wie ein Damoklesschwert über einer solchen Ehe. Man vergesse ferner nicht die polygame Veranlagung des Mannes, die auch eine nicht unbedeutende Rolle bei der Impotenz spielt und daß darin, daß ein früher Impotenter im gelegentlichen Verkehr mit verschiedenen Prostituierten potent ist, noch kein absoluter Beweis gegeben ist, daß er es dauernd einem Weibe, seiner zukünftigen Frau gegenüber ist und daß — leider — für manche, ja viele Männer das Gemeine ein Stimulans ist, ebenso die Abwechslung. Auch hier im Sexualleben gilt oft Varietatio non solum delectat, sed — necesse est ad potentiam.

Die Ehe als therapeutisches Mittel bei der psychischen Impotenz und bei perverser Sexualempfindung.

1. Das Eheanraten bei psychischer Impotenz.

Da die psychische Impotenz meist nur im Beginn der Ehe, in den Flitterwochen, sich zeigt, bei den Unverheirateten meist bei den ersten Kohabitationsversuchen, kann die Ehe als therapeutisches Hilfsmittel hier nur in Frage kommen bei der letzteren Gruppe. Hin und wieder, wenn nach meinen Erfahrungen auch selten, kommen Unverheiratete zum Arzt, die schildern, daß sie bei ihren „ersten" (außerehelichen) Kohabitationsversuchen total Fiasko gemacht haben und ängstlich sind, ob sie nun eine Ehe eingehen können. Bisweilen sind es Spermatorrhoiker, besonders solche, deren Spermatorrhöe auf Onanie beruht, meist aber sind es sehr „moralische" junge Leute, d. h. solche, die den außerehelichen Koitus als etwas Unmoralisches perhorreszieren und bisher fast keusch quoad cohabitationes, resp. sehr wenig sexuell gelebt haben. Es sind wohl meist auch solche, deren Libido überhaupt gering ist. Bisweilen ist es auch der Widerwille, der Ekel vor resp. bei Prostituierten der in actu mit denselben zum Versagen führt.

Was soll der Arzt in solchen Fällen tun? Eine Ehe anraten oder nicht?

Meines Erachtens kann der Arzt hier zur Ehe raten, denn die psychische Impotenz ist keine länger dauernde wie die nervöse Impotenz resp. gar eine ständige, sondern eine temporäre, nur zeitweilige, vorübergehende Erscheinung. Man hat hier nicht nötig, dem Patienten gleichsam eine Probe aufs Exempel im außerehelichen Verkehr machen zu lassen.

Wir haben hier 1. im Johimbin ein vorzügliches Mittel, um dem Patienten zu demonstrieren, daß er potent ist, und 2. ist die Suggestion hier, aber auch nur hier bei der psychischen Impotenz, nicht bei der Impotenz bei sexuellen Perversionen, ein Heilmittel. Sehr richtig hat v. Schrenck-Notzing gesagt, daß man solchem Impotenten nur seine Erektions-

fähigkeit zu demonstrieren brauche, um ihn zu heilen. Das kann man aber am besten, wenn man ihm vor der Hochzeit Johimbin verschreibt und ihm dabei fest und bestimmt angibt, nach Einnahme von einigen Tabletten (à 0,005) werde er die kräftigsten Erektionen haben, die dann auch in der Ehe anhalten. Damit ist bei solchen Patienten psychisch schon die halbe Heilung vollbracht. Man erlebt hier, daß die sehr ängstlichen Patienten — trotz ihrer religiösen und moralischen Bedenken, von selbst vorher ein oder einige Male zum außerehelichen Koitus schreiten, und wenn Patient dann mit Johimbin reüssiert, ist gewöhnlich die Psyche derart beeinflußt, daß der Termin der Hochzeit etwas früher als angenommen bestimmt wird und Patient in der Ehe, selbst wenn der eine oder andere der ersten Versuche mißglückt, allmählich doch reüssiert.

Aber ich wiederhole noch einmal, diese psychische Impotenz ist die einzige, bei der der Arzt von vornherein zur Ehe anraten darf.

Was das

Anraten der Ehe bei Impotenz sexuell Perverser

anbetrifft, so habe ich schon früher gezeigt, daß es verkehrt ist, bei reinen Urningen die Ehe als Heilmittel anzuraten. Wer das tut, hat keine Ahnung von dem wahren Wesen der Homosexualität. Es kommt bisweilen vor, daß Perverse, auch Homosexuelle, sowohl Männer wie Frauen, heiraten, ohne vorher irgendeinen Arzt zu Rate zu ziehen. Doch dürfte dies im allgemeinen das Seltenere sein. In solchen Fällen ist immer ein egoistischer Zweck, meist eine Geldheirat, der Grund zu diesem Vorgehen. Diese Fälle gehen den Arzt nichts an. Wenn er aber gefragt wird, ob ein Homosexueller heiraten darf oder nicht, so ist das erste Erfordernis, eine möglichst genaue sexuelle Anamnese vorzunehmen, weil es Patienten gibt, die sich über ihren Zustand einer Selbsttäuschung, wenn auch ungewollt, hingeben. Im großen und ganzen werden es ja Männer sein, die den Arzt konsultieren, höchst selten Frauen. Das hat seinen Grund darin, daß junge Mädchen viel zu genant sind, um mit einem Arzt über ihr sexuelles Empfinden zu sprechen, andererseits hin und wieder selbst nicht zu deuten wissen. Es unterliegt mir keinem Zweifel, daß bei einem recht geringen Prozentsatz von Ehen, der vielleicht nicht einmal 1% erreicht, ein leichter Grad von Homosexualität oder richtiger gesagt, Bisexualität vorliegt. Natürlich bleiben solche Zustände in der Ehe meist geheim, nicht einmal dem anderen Ehegespons werden sie mitgeteilt, besonders wenn die Frau es ist, die an Bisexualität leidet, weil sie ja auch bei ihrem Zustande bereit ist, in jedem Moment die Kohabitation zu vollziehen. Anders beim Manne. Kommt also ein irgendwie homosexuell oder

bisexuell behafteter Mensch, Mann oder junges Mädchen, zum Arzt und fragt ihn um seine Meinung bezüglich des Eingehens einer Ehe, so ist das wichtigste, durch Fragen festzustellen, wie weit Homosexualität vorliegt. Dies kann er am besten durch Erforschung des Traumlebens, das der sicherste Indikator über die wahre Richtung der Libido ist. Bei einem rein homosexuellen Menschen wird das Traumleben stets oder fast stets nach demselben Geschlecht gerichtet sein, beim rein heterosexuellen Menschen stets nach dem anderen Geschlecht. Gibt ein Patient an, daß er im Traum stets homosexuell verkehre resp. sich nach dem eigenen Geschlecht hingezogen fühle, niemals nach dem anderen Geschlecht, so ist auf jeden Fall das Eingehen einer Ehe zu versagen. Gibt ein Patient an, daß er sowohl nach dem eigenen wie nach dem anderen Geschlecht sich hingezogen fühlt, so ist zu erforschen, welches Geschlecht dabei überwiegt. Es ist ferner zu erforschen, wie im wachen Zustande das Sexualleben sich verhält. So kenne ich einen Herrn, der, verheiratet, völlig einwandfrei heterosexuell mit seiner Ehefrau verkehrt, in seinen Träumen, aber nur hier, hin und wieder leise Andeutungen von einem homosexuellen Triebe verspürt. Noch niemals ist ihm im wachen Zustande der Gedanke an eine sexuelle Neigung zum eigenen Geschlecht gekommen. Das Traumleben ist eben ein weit schärferer Indikator als der wache Zustand.

Wenn nun im Traumleben die Triebrichtung zum anderen Geschlecht weit überwiegt und wenn Patient heterosexuell völlig normal mit Auslösung des Orgasmus verkehren kann, also völlige Auslösung des normalen Sexualreflexes in coitu stattfindet, wenn also die heterosexuelle Komponente die homosexuelle weit übertrifft, dann darf der Arzt zur Ehe raten; wenn hingegen die Bisexualität eine derartige ist, daß mehr Neigung zum eigenen Geschlecht vorhanden ist, die Kohabitation mit dem anderen Geschlecht schwer oder nicht genügend gelingt resp. wenn die beiden Komponenten sich ungefähr gleich sind, also gleiche Neigung zum weiblichen wie männlichen Geschlecht vorliegt (übrigens ein Fall, den ich noch nicht beobachtet und der wohl auch selten sein dürfte), ist die Ehe auf jeden Fall zu verbieten. Denn nur in ersteren Fällen ist zu hoffen, daß im ständigen heterosexuellen Verkehr mit dem geliebten Weibe die homosexuelle Komponente mehr abklingt, weil ich auf dem Standpunkte stehe, daß die Homosexualität als ein eingeborener Zustand durch

äußere Einflüsse, auch durch den Verkehr mit dem anderen Geschlecht, kaum oder nur in ganz geringem Maße beeinflußt wird. Wenn einzelne Autoren glauben, daß durch dauerndes Zusammenleben mit dem anderen Geschlecht perverse Triebe zum Schwinden gebracht werden können, so kann ich, im Einklang mit unseren besten Kennern der Homosexualität, wie Hirschfeld, Näcke u. a., dieser Meinung nicht beipflichten. Nach meinen diesbezüglichen geringen Erfahrungen ist dies niemals der Fall. Bei ausgesprochen starker Neigung zum eigenen Geschlecht bricht diese mit Gewalt durch, und wenn auch in solchen Fällen jahrelanges Zusammenleben und -spielen mit gleichaltrigen Personen des anderen Geschlechts in der Kindheit vorgeherrscht hat.

Es kommt noch hinzu, daß die Verheiratung von Homosexuellen meist zu einem Zeitpunkt an den Arzt herantritt, besonders beim männlichen Geschlecht, wo an eine Umwandlung des homosexuellen Triebes in einen heterosexuellen gar nicht mehr gedacht werden kann. Denn wir wissen heute, daß mit dem ca. 17.—18. Lebensjahre die Richtung des Sexualtriebes aus dem Stadium der Undifferenziertheit in das der Differenziertheit getreten ist, daß dann an irgendeine Beeinflussung des Triebes bezüglich seiner Richtung durch die Ehe und den geregelten Geschlechtsverkehr in derselben nicht mehr gedacht werden kann, und Ehen vor dem 17.—18. Lebensjahre gehören bei uns, auch beim weiblichen Geschlecht, zu den Ausnahmen. Es ist ferner noch zu bedenken, daß, wenn ein Arzt bei ungefähr labiler Bisexualität, d. h. gleich starkem Triebe zu beiden Geschlechtern, den Ehekonsens gibt, trotz des ehelichen heterosexuellen Verkehrs, durch irgendwelche äußere Veranlassungen hervorgerufen, der homosexuelle Trieb wieder durchbricht und dann schwere eheliche Differenzen entstehen. Und das alles hat dann der Arzt mit seinem Rat verschuldet! Nicht allein, daß es hier zur Ehescheidung kommen kann, was in einem solchen Falle noch das kleinere Übel, sondern der wiedererwachte homosexuelle Trieb drängt zum Verkehr, der dem §175 verfällt mit allen seinen strafrechtlichen Konsequenzen! Zuletzt darf nicht vergessen werden, daß event. auch eine Vererbung der Homosexualität auf die Nachkommenschaft möglich ist, wenn die Vererbung nach Hirschfelds Forschungen und statistischen Untersuchungen über die Erblichkeit der Homosexualität auch eine recht geringe Rolle spielt.

Aber die Verantwortlichkeit, daß durch ärztliches Anraten zur Ehe es bis zur Verfolgung wegen Vergehens gegen § 175 StGB. kommen kann, ist so schwerwiegend, daß der Arzt schon deswegen keine solche Entscheidung treffen sollte, wenn seine sexualwissenschaftliche Kenntnis den an ihn in solchen Fällen herantretenden Anforderungen nicht gewachsen ist.

Zuletzt muß noch erwähnt werden, daß die teilweise Impotenz eines Homosexuellen in der Ehe durch den ehelichen Verkehr auf die Dauer zu einer vollständigen Impotenz sich entwickeln kann, d. h. daß der heterosexuelle Verkehr dem Impotenten allmählich so widerwärtig werden kann, daß es beim besten Willen, auch unter Zuhilfenahme von Vorstellungen von Personen desselben Geschlechts beim Verkehr, nicht mehr möglich ist, den ehelichen Verkehr zu vollziehen.

Der hier jahrelang vielleicht noch vollbrachte Koitus war beinahe nichts anderes als eine Masturbation mit all ihren Konsequenzen für die Gesundheit des Betreffenden, die aber für das Nervensystem oft recht schwerwiegende sind und meist zur Zerebrasthenie mit all ihren Folgen für das geistige Zentrum, das Gehirn, werden können und dadurch für den ganzen Beruf des Betreffenden.

Und — last not least — noch ein Punkt, dessen Beurteilung oft selbst den letzten Rest von Bereitwilligkeit zum Ehekonsens zerstört, die Ungewißheit des anderen, meist des weiblichen Partners, der zukünftigen Ehegattin, bezüglich der Stärke der Libido. Man bedenke nur, ein Bisexueller oder gar ein Homosexueller heiratet ein junges Mädchen mit starker Libido. Man stelle sich nun vor, ein solcher Ehemann, der nur mit Aufbietung aller Phantasie oder gar mit künstlichen Mitteln eine Kohabitation zustande bringt, soll in den Flitterwochen ein oder mehrere Male täglich seinen Pflichten nachkommen und soll ihnen zeit seines Lebens nachkommen!

Die vorherige Unkenntnis der Stärke der Libido des anderen zukünftigen Ehegatten ist also ebenfalls ein Punkt, der zu den größten Bedenken bezüglich Anratens einer Ehe bei Homosexualität Anlaß geben sollte.

Wenn nun Ärzte meinen, bei einer Urninde, einer weiblichen Homosexuellen, viel eher zur Ehe anraten zu können, weil sie ja keine Potenz, keine Erektion zur Kohabitation brauche, also jeden Moment dazu bereit sei, so sind sie ebenfalls in großem Irrtum, denn das, was die Kohabitation erst zu einer genußreichen macht, der Orgasmus, i. e. bei der Frau die Auslösung des Uterinreflexes und damit das Wollustgefühl, fehlen einer rein homosexuellen Frau. Diese Frauen sind dyspareunisch (und was das heißt, werde ich im Bd. IV vorlieg. Monographien, den „Funktionsstörungen der Zeugung beim Weibe", ausführlich erörtern). Aber das wäre noch das wenigste. Hauptsächlich der Umstand, daß einer homosexuellen Frau eine Kohabitation mit einem Manne psychisch und physisch so widerwärtig werden kann, daß ihr die Hingabe an den Mann zur Unmöglichkeit wird, so daß es ebenfalls zur Trenunng der Ehe, event. zum Ehebruch seitens einer

solchen Frau kommt (mutuelle Masturbation oder Lesbismus oder Tribadismus mit einer anderen), sollten jeden Arzt warnen. Allerdings scheint es ja, als wenn § 250, der zukünftige Ersatz für § 175, nicht, wie ursprünglich beabsichtigt, auf das weibliche Geschlecht ausgedehnt werden soll (vgl. meinen Aufsatz „§ 250, der Ersatz des § 175 in seinen Folgen für das weibliche Geschlecht", Reichsmedizinalanzeiger 1911, 3).

Zuletzt müßte auch noch erwogen werden, daß für manche, ja seien wir offen, für die meisten unserer heutigen, selbst gebildeten Mitmenschen die Homosexualität als etwas Entehrendes gilt, weil sie keine Kenntnis von dem wahren Wesen dieser Perversion haben. Moll sagt, „Krankheiten und Ehe", S. 685: „Das Ganze stellt eine Art Mißbildung dar, und vom Standpunkt der Ethik ist die Frage zu erwägen, ob man dem anderen Teil die Ehe mit einem solchen Individuum zumuten darf."

Auf die griechische Liebe, die Pseudohomosexualität und manchen anderen Punkt will ich hier nicht eingehen. Aus meinen bisherigen Auseinandersetzungen wird der ärztliche Leser schon ersehen, daß in solchen rein sexualwissenschaftlichen Dingen sehr viel Fragen auftauchen können, denen die heutigen Ärzte, weil sie keine Ausbildung in der Sexologie genossen, nicht gewachsen sind und daß diese Fragen zur richtigen allgemeinen Beurteilung doch der Begutachtung von Sexualwissenschaftlern von Fach bedürfen.

Die Impotenz vom forensischen Standpunkt aus.

Was die gesetzlichen Bestimmungen anbetrifft, die bezüglich der Potenz resp. Impotenz des Mannes in der Ehe in Frage kommen, so sind dies

im deutschen Bürgerlichen Gesetzbuch § 1333 und § 1568.

§ 1333: „Eine Ehe kann von dem Ehegatten angefochten werden, der sich beim Eingehen der Ehe in der Person des anderen Ehegatten oder über solche persönlichen Eigenschaften des anderen Ehegatten geirrt hat, die ihn bei Kenntnis der Sachlage und vollständiger Würdigung des Wesens der Ehe von der Eingehung der Ehe abgehalten haben würden", und besonders

§ 1568: „Ein Ehegatte kann auf Scheidung der Ehe klagen, wenn der andere Ehegatte durch schwere Verletzung der durch die Ehe begründeten Pflichten oder durch ehrloses und unsittliches Verhalten eine so tiefe Zerrüttung des ehelichen Verhältnisses verschuldet hat, daß dem Ehegatten die Fortsetzung der Ehe nicht zugemutet werden kann."

Während also nach § 1333 die Ehe nur angefochten werden kann, kann nach § 1568 dieselbe geschieden werden. Das sind nur juristische

Unterschiede. Das praktische Resultat, Auflösung der Ehe, ist in beiden Fällen dasselbe.

Im österreichischen Bürgerlichen Gesetzbuch § 53, § 60, § 100 und § 101.

§ 53: „Ansteckende Krankheiten oder dem Zweck der Ehe hinderliche Gebrechen desjenigen, mit dem die Ehe eingegangen werden soll, sind rechtmäßige Gründe, die Einwilligung der Ehe zu versagen."

§ 60: „Das immerwährende Unvermögen, die ehelichen Pflichten zu leisten, ist ein Ehehindernis, wenn es schon zur Zeit des geschlossenen Ehevertrags vorhanden war. Ein bloß zeitliches oder ein erst während der Ehe zugestoßenes, selbst unheilbares Unvermögen kann die Bande der Ehe nicht auflösen."

§ 100: „Insbesondere ist in dem Falle, daß ein vorhergegangenes oder immerwährendes Unvermögen, die ehelichen Pflichten zu leisten, behauptet wird, der Beweis durch Sachverständige, namentlich durch erfahrene Ärzte und Wundärzte und nach Umständen auch durch Hebammen zu führen."

§ 101: „Läßt sich mit Zuverlässigkeit nicht bestimmen, ob das Unvermögen ein immerwährendes oder bloß zeitliches sei, so sind die Ehegatten noch durch ein Jahr zusammen zu wohnen verbunden, und hat das Unvermögen diese Zeit hindurch angehalten, so ist die Ehe ungültig zu erklären."

Auch die Verletzung der Zeugungsfähigkeit wird in beiden Gesetzbüchern sehr schwer bestraft.

Im deutschen Strafgesetzbuch § 156:

„Hat das Verbrechen a) für den Beschädigten . . . den Verlust der Zeugungsfähigkeit . . . nach sich gezogen, so ist die Strafe . . . auszumessen."

Die Begutachtung der Potenz resp. Impotenz wird an den Arzt hauptsächlich herantreten in Ehescheidungsprozessen resp. bei Entscheidung der ehelichen Abstammung eines Kindes. (§ 1591 des deutschen BG., §§ 158 und 159 des österreichischen BG.)

Event. kann auch strafrechtlich die Entscheidung einer Potenz resp. Impotenz in Frage kommen, wenn perverse oder unzüchtige Handlungen älterer Männer, bei denen die Potenz fraglich ist, an kleinen Mädchen stattgefunden hat.

Im allgemeinen wird die Entscheidung, ob Impotentia coeundi vorliegt, nach vorhergehendem, in der Diagnose Gesagtem manchen Schwierigkeiten begegnen, weil die Diagnose fast immer eine subjektive, keine objektive ist. Notwendig ist eine genaue Untersuchung des gesamten Körpers, nicht bloß der Genitalien, besonders des zentralen und peripheren Nervensystems auf die Funktionen der sensiblen und auch

der motorischen Nerven, auf die Entwickelung der sekundären Geschlechtscharaktere. Ganz besonders aber ist zu prüfen auf Tabes (Kniereflex, Pupillenstarre, Rombergsches Phänomen), dann Urin auf Zucker und Eiweiß untersuchen! Am Genitale müssen Hoden und Nebenhoden auf durchgemachte Orchitis und Epididymitis vorgenommen werden, die Sensibilität der Hoden, der Glans penis, event. das Urethralsekret auf Gonokokken und das Prostatasekret (nach Ausdrückung vom Mastdarm aus) geprüft werden.

Aber auch, wenn diese Befunde positiv ausfallen, ist für die Potenz noch nichts bewiesen. Der begutachtende Arzt muß sagen können, ob die Klagen des Impotenten resp. die Behauptungen desselben über seine Impotenz mit seinem Befund in Einklang zu bringen sind, da doch nur in den seltensten Fällen der chronischen Gonorrhöe eine Impotenz folgt. Der Begutachter wird sich in solchen Fällen event. immer nur dahin aussprechen können, daß nach vorliegendem Befunde eine Impotenz möglich ist. Fast absolut sicher ist natürlich die Diagnose der Impotenz, wenn die Frau als Virgo in die Ehe eintritt und bei der Untersuchung als solche sich noch erweist. Doch dürfte das in den allerseltensten Fällen nur der Fall sein. Andererseits sind in der Literatur Fälle niedergelegt, wo die Frau trotz vielfachen Beischlafs den Hymen sich erhalten hatte.

Überhaupt ist die Untersuchung der Frau für die Beurteilung einer Impotenz des Mannes oft notwendig, da von seiten der Frau Zustände vorhanden sein können, die dem Ehepaar nicht genügend klar sind und doch die Impotenz verschulden, wie leichter Vaginismus usw. (vgl. „Funktionsstörungen der Zeugung beim Weibe", Bd. IV vorlieg. Monographien).

Sehr schwer erweisen lassen sich die psychische, die nervöse und ebenso die paralytische Impotenz.

Die Angaben der wegen Impotenz beklagten Ehemänner, daß sie anderen Frauen gegenüber potent seien, fällt bei einem gerichtlichen Gutachten ganz weg, da der Richter ja stets nur die Potenz des Gatten seiner Frau gegenüber zu beurteilen hat, und der Arzt darf in solchen Fällen nie vergessen, daß eine relative Impotenz der Ehegattin gegenüber vorliegen kann, d. h. der Patient vermag anderen Frauen und Mädchen gegenüber wohl zu reüssieren, seiner eigenen Gattin gegenüber aber nicht. Wie ich schon früher erwähnte, sind solche Impotenzformen bei unseren heutigen Geld- und Konvenienzehen durchaus nicht selten. Ein Roué, der alle Pfützen und Gossen sexueller Verderbtheit durchwatet hat, und als Junggeselle in allen möglichen Bordellen mit abnormen und perversen Mitteln, wie französischer Liebe (Fellatorismus), Paedicatio, als Voyeur usw. vermittels verworfener Puellae usque ad erectionem et

ejaculationem sich hat reizen lassen, vermag dann seiner anständigen Frau gegenüber sehr oft nicht mehr zu reüssieren, und die relative (nicht absolute) Impotenz, eben seiner Gattin gegenüber, ist da, besonders, wenn die Frau auf die perversen Neigungen nicht eingeht. Ich selbst kenne einen solchen Fall, wo die Frau, sehr religiös veranlagt und höchst sittsam erzogen, sich den perversen Gelüsten des ihr gegenüber impotenten Mannes nicht fügte, einen mißglückten Selbstmordversuch durch Schnitt in die Kehle machte, und dem Verblutungstode nahe, einer Universitätsklinik übergeben wurde. Ihre streng religiösen und sittlichen Anschauungen widerstrebten einer Ehescheidung, d. h. einer Klarlegung ihres intimsten Ehelebens vor Gericht und einem Eheskandal. Sie wartete nur den Tod ihrer alten Eltern ab, um dann am Grabe ihrer Eltern zum zweiten Selbstmordversuch, diesmal mit Erfolg, zu schreiten.

Eine weitere Frage, die herantritt, ist die, ob die Impotenz eine vorübergehende oder fortschreitende, d. h. ob sie heilbar oder unheilbar ist. Bei Konstitutionskrankheiten, wie Diabetes, Tabes, Myelitis und anderen schweren Hirnkrankheiten, ist natürlich die Impotenz unheilbar. Bisweilen läßt sich die Frage noch nicht entscheiden, und dann muß natürlich der Arzt sich dahin aussprechen, daß eine neuere Untersuchung noch einmal notwendig sei.

Nach österreichischem BG., § 101, müssen ja in solchem Falle die Ehegatten noch ein Jahr zusammen wohnen. Natürlich wird dies bei Eheleuten, die in Scheidung liegen, gewöhnlich nicht ausgeführt, und Haberda hat in Schmidtmanns „Handbuch der gerichtlichen Medizin", 9. Auflage, S. 126, darauf hingewiesen, daß der Arzt von dieser „Annualprobe" abraten, nicht zuraten soll, „denn fortgesetzte erfolglose Koitusversuche bedingen für den anderen Ehegatten eine Gesundheitsschädigung". „Auch ist zu berücksichtigen, daß die Erörterung und Offenbarung aller peinlichen Geschehnisse in der Ehe, wie sie in einem Eheauflösungsprozeß unmöglich zu vermeiden sind, meist eine sehr große Gereiztheit und feindliche Gesinnung der Ehegatten . . . erzeugt, daß zu den Störungen, die bisher den Geschlechtsverkehr hinderten, nunmehr noch die psychischen Hemmungen der Abneigung dazu kommen, so daß von einem solchen erzwungenen Beisammensein Erfolge nicht zu erwarten sind." Diesen Worten Haberdas wird jeder erfahrene Kenner der sexuellen Funktionsstörungen nur beistimmen können. Man hat aber zu bedenken, daß nicht bloß die Frau in der Gesundheit geschädigt wird durch diese frustranen Kohabitationsversuche, sondern noch mehr der Ehegatte selbst. Denn nicht bloß die psychische Abneigung auf beiden Seiten tritt hier hemmend ein, sondern auch die Erzwingung des Koitus. Ich habe früher gesagt, daß für die Heilung einer Impotenz eine Abstinenz unbedingt notwendig

ist. Durch fortwährende, und zwar forcierte Kohabitiatonsversuche, dazu bei gegenseitiger psychischer Abneigung, muß die Impotenz auch bei dem Manne eine immer stärkere werden.

Es ist also diese „Annualprobe" meines Erachtens das beste Mittel, 1. beim Manne die partielle Impotenz in eine totale umzuwandeln. 2. Wird die Frau durch diese fruchtlosen Kohabitationsversuche, die nie zur Perfektion führen, ebenfalls physisch und psychisch sexuell erregt, ohne daß es dabei zur Auslösung des sexuellen Orgasmus kommt. Diese Potenzversuche müssen hier auf die Dauer zu ähnlichen Störungen führen wie der Coitus interruptus, ja noch schlimmer, denn bei diesem kommt es doch hin und wieder zum Orgasmus, zum Uterusreflex, hier aber nie. Die Folgen müssen, wenn die Kohabitationsversuche überhaupt vorgenommen werden, was aber wohl selten der Fall ist, solche des Coitus interruptus sein, wie ich sie in meinen „Vorlesungen über das Geschlechtsleben des Menschen", 3. Auflage, Bd. II. S. 401, genügend geschildert. also chronische Metritis et Perimetritis, Salpingitis usw. entzündlicher kongestioneller Natur, Erschlaffung des Uterus, ganz abgesehen von den nervösen und psychischen Störungen, die dieses Vorgehen mit sich bringt, und das dürfte noch viel schlimmer wiegen. Freud hat (Neurologisches Zentralblatt 1895, 2) eine Angstneurose beschrieben, die durch Nichtbefriedigung hervorgebracht wird.

Daß solche ständige sexuelle Erregung ohne Befriedigung aber eine Frau seelisch und psychisch sehr deprimieren muß, ist klar, und wenn solche Frauen zum Ehebruch schreiten — wer will mit ihnen rechten?

Ich kenne eine Ehe, in welcher der Mann impotent ist infolge von Masochismus. Die Frau weigert sich, den Gatten zu schlagen, bis er blutet. Diese Perversion ist ihr so zuwider, daß, da ohne diese ihr Gatte impotent ist, es überhaupt nicht mehr zum sexuellen Verkehr kommt, dabei ist die Gattin erst 32 Jahre. Der Mann sucht Verkehr bei Prostituierten, wo er findet, was er sucht. Die Frau unterhält ein Verhältnis mit einem Unverheirateten von ca. 35 Jahren, da der masochistische Ehegatte in eine Scheidung nicht einwilligt und — die Frau diese nicht mehr beantragen kann, da die Verjährungsfrist verstrichen.

Es gibt nämlich in Deutschland in § 1339 B. G. einen sog. Verjährungsparagraphen. Derselbe präzisiert den § 1333 B. G. und lautet: „Die Anfechtung kann nur binnen sechs Monaten erfolgen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkte, in welchem der Ehegatte den Irrtum oder die Täuschung entdeckt." Im allgemeinen wird dieser Paragraph nicht groß in Aktion treten können, weil die meisten jung verheirateten Ehepaare bei Impotenz des Mannes diese 6 Monate verstreichen lassen werden, beide wohl in der Hoffnung, daß noch eine Potenz allmählich eintrete, und in solchen Ehen wird ja an und für sich ein Kohabitationsversuch seltener

sein als in Normalehen der perfekte Koitus. Andererseits entwickelt sich in längere Zeit bestehenden Ehen die Impotenz gewöhnlich ja ganz allmählich, und dann ist von dem Moment an zu rechnen, wo die Impotentia coeundi ein absolutes Faktum ist. Eine solche Bestimmung dürfte unter Umständen sehr schwer sein, denn der Ehegatte könnte hier erwidern, daß die Impotenz nur eine relative, namentlich, wenn sie mit Ejaculationes praecoces beginnt. Die Ehefrau hingegen hätte die Einwendung, daß sie zwar anfangs noch sinnlich erregt werde, daß sie aber nicht zum Endeffekt des Koitus, zum Orgasmus, komme, sie dadurch körperlich geschädigt werde. Ja, eine solche relative Potenz kann bei der Frau den Boden zur Hysterie abgeben, weil die geweckte und nicht befriedigte Libido zu ähnlichen Nervenstörungen führen kann. Der Mann kann also hier noch nicht als absolut, sondern nur als relativ impotent gelten, bei der Frau können aber dabei infolge unbefriedigter Libido schwere Störungen (Angstneurosen) sich einstellen. Da in solchen Fällen der beklagte Gatte meist große Sinnlichkeit der Frau vorschützen wird, ist es für den begutachtenden Arzt durchaus nicht leicht, ein total objektives Urteil abzugeben, da er hier niemals auf objektive Beobachtungen, sondern nur auf die subjektiven Angaben des Ehepaares, die sich dann widersprechen werden, angewiesen ist. (Vgl. auch Band IV, „Die Funktionsstörungen der Zeugung beim Weibe": den Abschnitt: „Die Dyspareunie vom forensischen Standpunkte".)

Die Frage der Potenz kann ferner an den Arzt herantreten bei Beurteilung der Frage, ob ein Kind ehelich ist oder nicht, wenn es nach dem Tode des Mannes geboren ist. Doch ist diese begutachtende Tätigkeit wohl eine recht seltene. Es handelt sich hier um die Frage, ob der Ehegatte in der letzten Zeit des Lebens, in den letzten Wochen, noch imstande gewesen ist, die Kohabitation auszuführen. Die Frage ist natürlich individuell außerordentlich verschieden zu beantworten, und man muß hier bedenken, daß selbst schwere, mit großem Siechtum einhergehende Krankheiten selbst bis in die letzten Tage vor dem Tode noch mit voller Potenz einhergehen können. Ich erinnere nur an den v. Hofmann mitgeteilten Fall, wo ein schwer tuberkulöser Bauer selbst noch in der Nacht vor seinem Tode den Beischlaf mit seiner Gattin vollzogen hatte. Man wird also in solchen Fällen sehr weitgehend sein müssen, und es dürfte hier, wenn nicht schwerwiegende Gründe dagegen sprechen, geraten sein, sein Urteil dahin abzugeben, daß eine Potenz selbst bis kurz ante mortem noch möglich ist.

Es kann dieser Fall in Frage kommen, wenn von der Frau nach dem Tode des Mannes ein Kind als erstes geboren ward und dieses später der Erbe eines Vermögens wird, von den Anverwandten des Mannes aber die Vaterschaft des Verstorbenen angezweifelt resp. angefochten wird.

3. Die Sterilität des Mannes (Impotentia generandi).

Die ältere Ärztegeneration, die noch in den sechziger und siebenziger Jahren des vorigen Jahrhunderts studierte, war der Meinung, daß bei Sterilität in der Ehe die Unfruchtbarkeit meist von der Gattin verschuldet werde. Man dachte damals selbst in wissenschaftlichen Kreisen kaum daran, daß auch der Mann die eheliche Kinderlosigkeit verschuldet haben könnte. Daher war es vor mehreren Jahrzehnten selbst bei den Ärzten Usus, bei der Kinderlosigkeit der Ehe in erster Linie die Frau als den schuldigen Teil verantwortlich zu machen und nur letztere diesbezüglich zu behandeln. Noch heute herrscht in Laienkreisen bei Kinderlosigkeit der Ehe dieses Vorurteil. Man glaubte eben, daß mit dem normalen Kohabitationsvermögen auch das Befruchtungsvermögen eng verknüpft sei, und daß ein Mann, der den Koitus normal auszuüben vermöge, auch absolut fruchtbar sein müßte. Hieraus zog man den falschen Schluß, daß, wo eine Impotenz bezüglich des Begattungsvermögens des Mannes nicht bestehe, es die Frau sein müsse, die die Kinderlosigkeit der Ehe verschulde.

Erst Nöggerath, der bekannte amerikanische Gynäkolog, war es, der in seinem Werke: „Die latente Gonorrhöe beim weiblichen Geschlecht" die alten Anschauungen stürzte und zeigte, daß es nicht bloß die Frau, sondern auch der Mann ist, der die Kinderlosigkeit der Ehe verschuldet, ja, daß es meist der Mann ist, wenn auch unbewußt, daß es nicht bloß eine Impotentia coeundi, sondern auch eine Impotentia generandi beim Manne gibt. Wird die erstere bedingt durch herabgesetzte oder vollständig erloschene Erektionsfähigkeit des Gliedes, so wird die letztere bedingt durch die Unfruchtbarkeit des Spermas, resp. durch die völlige Samenlosigkeit resp. durch den höchst seltenen Zustand der mangelnden Ejakulationsfähigkeit.

Die dem Arzt geklagte Kinderlosigkeit, die Sterilitas matrimonii, ist in der Mehrzahl der Fälle bedingt nicht durch die Impotentia coeundi, sondern durch die Impotentia generandi, und zwar in der Hauptsache durch die durchgemachte Epididymitis gonorrhoica duplex.

Die Impotentia generandi virilis teile ich in vier große Gruppen:

I. den Aspermatismus,
II. die Azoospermie,
III. die Oligo- resp. Asthenozoospermie,
IV. die Nekrospermie.

I. Der Aspermatismus
ist ein Zustand, bei dem die Entleerung eine mangelhafte ist resp. kein Sperma entleert wird.

II. Bei der Azoospermie
fehlt es dem Ejakulat an lebenden, befruchtungsfähigen Spermatozoen.

III. Die Oligo- resp. Asthenozoospermie,
wo zwar ein Ejakulat mit lebenden Spermatozoen entleert wird, wo diese aber entweder nur in äußerst geringer Menge vorhanden sind oder derartig geschwächt und gleichsam ermattet, daß sie nicht zur Befruchtung führen.

IV. Bei der Nekrospermie
sind in dem ejakulierten Sperma wohl Spermatozoen enthalten, sie sind aber tot und unbeweglich und daher für die Befruchtung irrelevant.

I. Der Aspermatismus.

im eigentlichen Sinne ist streng genommen jener Zustand, wo weder Sekret des Hodens und Nebenhodens, noch der Prostata entleert wird. Ein solcher Zustand ist bisher noch nicht beobachtet worden und existiert wohl auch nicht. Man versteht unter Aspermatismus im weiteren Sinne einen solchen Zustand, wo eine Entleerung von Samen überhaupt nicht stattfindet. Man kann im allgemeinen sagen, daß die durch den Mann verschuldete Kinderlosigkeit fast durchweg auf Azoospermie und abnorm selten auf Aspermatismus beruht. Welch geringe praktische Bedeutung der letztere hat, geht aus den Zahlenangaben von Fürbringer hervor, der unter rund 600 Azoospermisten kaum ein Dutzend Aspermisten sah, d. h. 98% Azoospermie, der Rest Aspermatismus, d. h. „bei Kinderlosigkeit, welche auf das Konto des Mannes zu setzen ist, bildet Azoospermie die regelrechte, Aspermatismus die exzeptionelle Grundlage", wie dieser Autor sagt.

Ätiologie und Symptomatologie.

Der Aspermatismus kann sein:
1. ein organischer,
2. ein psychischer (nervöser, temporärer),
3. ein durch Phimose bedingter,
4. ein durch Abusus sexualis bedingter,
5. ein absoluter (kongenitaler),
6. ein paralytischer.

1. Der organische Aspermatismus

ist wohl der häufigste, hin und wieder auch dem praktischen Arzt zu Gesicht kommende. Er besteht darin, daß

a) entweder die Ausmündungsöffnungen der Ductus ejaculatorii mechanisch verlegt sind oder

b) in der Harnröhre selbst infolge von Strikturen der Ausweg verlegt ist, daher auch mechanischer Aspermatismus genannt. Koitus und Kohabitationsvermögen sind vollständig normal, auch die rhythmischen Ejakulationsstöße und der Orgasmus sind teilweise vorhanden, nur erscheint kein Sperma. Erst nach der Erschlaffung des Penis kommt dasselbe sehr spärlich tropfenweise aus der Harnröhre zum Vorschein. Bisweilen kommt das Sperma auch in die Blase und wird mit dem Urin entleert.

Gerade diese Form von Aspermatismus ist ein Beweis für die von mir aufgestellte Theorie, daß der Orgasmus, das Wollustgefühl, zustande kommt durch den Durchtritt des Spermas durch die Ausführungsgänge der Ductus ejaculatorii in die Harnröhre, wie ich in meiner Arbeit: „Die libidinösen Ausflüsse und der Orgasmus“ (Berliner Klinik, Heft 257) ausführlich wissenschaftlich begründet.

Es werden hier durch die Verengerungen in der Pars prostatica urethrae (meist durch gonorrhoische Strikturen, aber auch durch periuretharale Entzündungen) die ohnehin schon sehr engen Ausführungsgänge der Ductus ejaculatorii noch mehr verengt. Sind die Ausführungsgänge noch nicht vollständig obliteriert, noch etwas durchgängig, so wird das Sperma durch die reflektorischen Bewegungen bei der Ejakulation sich gewaltsam seinen Weg bahnen, d. h. ist die Striktur nicht allzu groß, dann haben wir noch erhöhten Orgasmus. Ist aber die Striktur eine totale, so daß trotz der Ejakulationskontraktionen das Sperma nicht herausgepreßt werden kann und vergeblich gegen die Mündungen geschleudert wird, so empfindet Patient Schmerzen, die das Wollustgefühl übertönen. Statt Wollustgefühl Unlust- bzw. gar Schmerzgefühl. Es ist diese vollständige Obliteration der Ductus ejaculatorii wohl fast immer eine Folge der chronischen Gonorrhöe der hinteren Harnröhre, der Infiltrationen des Caput gallinaginis und der Umgebung. Nach Finger sollen allerdings auch akute hintere Urethritiden durch Bildung von erbsengroßen Abszeßchen der Prostata und des Caput gallinaginis diese Obliterationen verschulden, ein Vorgang, der mir aus anderen, hier nicht näher zu erörternden Ursachen wenig plausibel erscheint. Übrigens konnte dieser Autor in 3 von 33 Fällen durch die Sektion an der Leiche Obliteration der Ductus ejaculatorii nachweisen.

Ist der Sitz der Striktur in der Urethra, so ist der Ausfluß des Spermas je nach dem Sitz ein verschiedener.

Wenn die Striktur im vorderen Teil der Urethra liegt, in der Pars cavernosa, so wird, wenn die Ductus ejaculatorii überhaupt noch durchgängig sind, das Sperma sich hinter der Striktur ansammeln und fließt dann tropfenweise nach der Erschlaffung des Penis aus dem Orificium urethrae ab.

Sitzt sie im hinteren Teil der Urethra, in der Pars membranacea oder gar prostatica, so wird es in die Blase zurückfließen und mit dem nächsten Urin entleert werden, also schon aus dem Abfließen oder Nichtabfließen des Spermas post cohabitationem kann man eine gewisse approximative Bestimmung auf den Sitz der Striktur treffen, natürlich keine genaue.

Nach Finger soll auch durch spastische Kontraktionen des Compressor urethrae eine Störung der Ejakulationen apud coitum hervorgerufen werden.

Natürlich kann auch durch Neoplasmen, der Prostata, Urethra usw. dieser organische Aspermatismus hervorgerufen werden.

Ich wiederhole nochmals, dieser organische Aspermatismus ist der häufigste von allen und diagnostisch leicht zu eruieren: Kräftige Erektionen, normales Kohabitationsvermögen, völlig normaler Ablauf des gesamten Koitus mit Ejakulationsstößen und a) entweder erhöhtem Orgasmus, wenn die Passage der Ductus ejaculatorii zwar noch möglich, aber erschwert oder b) unter schmerzhaftem bzw. durch Schmerz unterdrücktem Orgasmus, wenn eine Passage der Ductus ejaculatorii durch die Obliteration nicht mehr möglich ist. Ein krampfartiger Schmerz nimmt dann unter Ejakulationsstößen die ganze Damm-, Rektal- und Vesikalgegend befangen.

Finger, Fürbringer, Curschmann, Ultzmann, Lapeyronie u. a. Autoren haben derartige Fälle mitgeteilt.

2. den

Psychischen (nervösen, temporären) Aspermatismus,

von Güterbock („Die Krankheiten der Harnröhre und Prostata", Leipzig und Wien 1890) so bezeichnet, weil hier trotz normaler Erektion und trotz normaler Kohabitation nur die reflektorische Auslösung der Ejakulation wegfällt, und damit natürlich auch der Orgasmus. Man hat ihn der psychischen Impotenz an die Seite gesetzt, wo Erektion und Kohabitation sonst auch normal zu sein pflegen und nur im gegebenen Moment die Erektion, durch psychische Hemmung veranlaßt, nachläßt. Während beim organischen Aspermatismus der ganze Ablauf, Erektion, Ejakulation und evtl. auch Orgasmus, vorhanden ist und nur ein mechanisches Hindernis dem

Sperma den Abfluß nach außen versperrt, wird hier die Ejakulation nicht ausgelöst. Genau wie die psychische Impotenz ist dieser Aspermatismus nur ein zeitweiser, daher auch temporärer Aspermatismus genannt. Wahrscheinlich werden hier, hervorgerufen durch seelische Stimmungen oder vielmehr Mißstimmungen, durch Nervenvermittlung gewisse Hemmungswirkungen im Ejakulationszentrum ausgelöst und so die Ejakulation verhindert. Meist kommt er bei der sexuellen Neurasthenie vor, veranlaßt durch sexuelle Exzesse irgendwelcher Art.

Hierher gehören auch jene Fälle von relativem Aspermatismus, wo die Patienten nicht imstande sind, es trotz langer Dauer des Koitus zu einer Ejakulation zu bringen, während im Traume bei einer Pollution die Ejakulation stets prompt erfolgt. (Finger, loc. cit. S. 90.)

Hin und wieder zeigt sich diese Form auch als Übergangsform, wenn die psychische Impotenz in Heilung übergeht. So teilen Finger und Curschmann solche Fälle mit. Bei dem Fall des letzteren hatte ein junger Ehemann 4 Wochen an psychischer Impotenz, dann an psychischem Aspermatismus gelitten, bis er endlich normal zu koitieren und ejakulieren imstande war, und Finger erzählt von einem jungen, kräftigen Mann, der jeder neuen Bekanntschaft gegenüber an Aspermatismus litt (wie es auch solche Pendantfälle bei psychischer Impotenz gibt).

Ich selbst habe einen klassischen Fall von Aspermatismus Anfang Februar 1910 beobachtet, der mir von einem Leipziger Dermatourologen zugesandt wurde. Es handelte sich um einen jungen, hochbegabten Studenten, der, jetzt hervorragend literarisch tätig, die große Liebenswürdigkeit hatte, sein bisheriges, nach mancher Richtung hochinteressantes Sexualleben unter dem Titel: „Die Geschichte meiner sexuellen Erlebnisse" in einem Manuskript mir zu überlassen.

Ich entnehme demselben folgende bemerkenswerte Stellen:

„Jetzt machte sich das eigentümliche Phänomen geltend, daß ich beim Koitus keine Ejakulation hatte. Meiner Ansicht nach gab es nur zwei Gründe. Die Nerven und keine genügende Erregung. Bordelle sind mir ein Greuel, und von der Straße mag ich mir nichts mehr mitnehmen, und das Mädel, das ich jetzt habe, hat keine genügende sinnliche Anziehungskraft für mich, um eine größere Erregung hervorzurufen. Es bleibt bei einer starken Erektion. Der Penis läßt sich mühelos einführen, erzeugt nach kurzer Zeit den Orgasmus beim Weibe und wird dann wieder schlaff.

Das wiederholt sich mehrmals.

Das Lustempfinden tritt nur ganz schwach im Augenblick der Einführung hervor . . .

Die Pollutionen treten durchschnittlich wohl viermal in der Woche ein mit einem unzweifelhaften Lustempfinden, meistens morgens im Halbschlummer.

Eine Ejakulation habe ich noch nie in meinem Leben und im wachen Zustand gehabt, habe auch beim Koitieren gar nicht das Gefühl, daß noch etwas kommen müsse; wohl fühle ich bei der Pollution deutlich das ruckweise Kommen des Spermas.

Soweit mein Zustand, wenigstens wie ich ihn fühle und ihn mir erklären kann. Ich glaube, ich könnte erst dann zu einem Genuß kommen, wenn ich ein Weib hätte, das mich nicht nur geistig befriedigen könnte, sondern zu dem ich zugleich auch starkes sinnliches Begehren hätte."

Ich nahm Patienten in Behandlung, und nach einigen Wochen kam er freudestrahlend zu mir ins Zimmer mit den begrüßenden Worten: „Herr Doktor, ich habe ejakuliert!"

Es handelte sich um ungenügende Erregung des Ejakulationszentrums. Der psychisch außerordentlich feinfühlige, stark neurasthenische Patient hatte jetzt ein Mädchen gefunden, zu dem er „auch zugleich ein starkes sinnliches Begehren" empfand. Die bisherigen sinnlichen Reizungen peripherer Art waren nicht genügend, so daß es nicht zur Erregung des schwer anklingenden Ejakulationszentrums kam.

Eine ähnliche Form von Aspermatismus möchte ich

3. Phimosenaspermatismus

nennen, d. h. bei angeborener, mehr oder weniger ausgesprochener Phimose werden keine genügenden Reizungen der Glans penis bei den Friktionen desselben in der Scheide an den Vaginalkämmen hervorgerufen Dadurch kommt es nicht zur genügenden Erregung des Ejakulationszentrums. Daß Patienten mit stärkerer Phimose im großen und ganzen überhaupt den Koitus weit länger ausführen können, ehe es zur Ejakulation kommt, ist ja eine bekannte Tatsache.

4. Der Aspermatismus per abusum sexualem.

Jeder Sexualpathologe weiß aus den Sexualanamnesen seiner dem Liebesgott sehr stark fröhnenden Patienten, daß sie nach wiederholten Ausführungen des Koitus hintereinander wohl noch zur Erektion fähig sind, aber nicht zur Ejakulation. Jedenfalls zieht sich, individuell außerordentlich verschieden, bei Wiederholungen des Koitus die Ejakulation immer mehr in die Länge, bis sie schließlich völlig versagt, bis totale momentane Erschöpfung des Ejakulationszentrums eingetreten ist, oft bei noch vorhandener Funktionierung des Erektionszentrums. Natürlich ist dieser Aspermatismus nur ein vorübergehender, der nach kürzester Abstinenz von Tagen wieder verschwindet. Das Ejakulationszentrum muß aber im großen und ganzen als recht widerstandsfähig gelten, denn Kohabitationsakte bis sechs und mehrmal in einer Nacht mit Ejakulationen gehören durchaus nicht zu den Seltenheiten.

Mich konsultierte einstmals ein Student, anfangs der zwanziger Jahre, der angab, vom Abend bis zum Nachmittag des nächsten Tages mit ein und demselben Mädchen 13 mal hintereinander kohabitiert zu haben, wobei er 11 mal ejakuliert haben will. Erst beim 12. und 13. Male soll die Ejakulation, beim 14. Male die Erektion versagt haben.

Im großen und ganzen ist das Ejakulationszentrum schwerer er-

regbar als das Erektionszentrum und wieder wohl auch eher erschöpft als letzteres.

5. Der Aspermatismus congenitalis oder absolutus, am besten Aspermatismus totalis benannt, beruht auf Anästhesie des Ejakulationszentrums, d. h. auf einer Totalunerregbarkeit desselben, so daß trotz vollster Potenz, bester Erektion und Kohabitation niemals Ejakulation und damit niemals Orgasmus ausgelöst wird.

Der Zustand ist abnorm selten und wird leicht mit anderen verwechselt, wie mir selbst passiert ist.

So konsultierte mich einstmals ein Patient, „weil ihm der Koitus nie rechtes Vergnügen bereite", nur seiner Frau, denn er habe nie Samenentleerungen gehabt, wohl werde er feucht (Urethrorhoea libidinosa!), aber zum Samenerguß komme er nicht. Ich fand keine Ursache. Exzesse in venere, Coitus interruptus waren nicht vorausgegangen. Patient will selbst nicht einmal masturbiert haben. Daß er Pollutionen gehabt habe, kann er sich nicht erinnern, wohl aber hin und wieder schwache wollüstige Träume. Die Libido des Patienten ist verhältnismäßig schwach, er hatte früher nur wenig koitiert, ca. 4 wöchentlich einmal, erst auf Drängen seiner Frau hin in der Ehe ca. einmal pro Woche.

Als ich später Patient zufällig wieder sah, erzählte er mir, daß, seitdem er kein Kondom mehr benutze, er wenigstens hin und wieder einmal ejakuliere. Patient hatte mir in der Anamnese verschwiegen, daß er stets Coitus condomatus ausübte, und zwar mit starken Gummikondoms um keine Kinder zu bekommen. Diese Gummikondoms hatten die an und für sich schon schwere Erregbarkeit des Ejakulationszentrums völlig ausgeschaltet.

Derartige Formen von kongenitalem Aspermatismus kommen wahrscheinlich nur bei sexuell sehr schwach begabten Naturen, wenn auch nicht total anästhetischen, so doch sexualhypästhetischen, frigiden Naturen vor. Vielleicht, daß hier bisweilen auch ein völliges Fehlen des Ejakulationszentrums vorliegt, oder wenigstens eine mangelhafte Ausbildung desselben.

Eine schwere Erregbarkeit des Ejakulationszentrums finden wir außerdem noch beim chronischen Alkoholismus und Morphinismus.

Den

6. paralytischen Aspermatismus

finden wir bei Lähmungen, bei Tabes dorsalis, Commotio spinalis usw. Als für die Praxis zu belanglos, übergehe ich denselben hier. Die wichtigsten Formen des Aspermatismus sind der organische und der psychische.

Was die

Diagnose

anbetrifft, so beachte man folgendes: Wenn ein älterer Patient angibt, nie in seinem Leben eine Ejakulation gehabt zu haben, weder beim Bei-

schlaf, noch bei der Onanie, noch je eine Pollution, so hat man wahrscheinlich einen Totalspermatismus (angeborenen, absoluten) vor sich.

Ergibt die Anamnese bei jugendlichen Personen, daß bisher die Ejakulationen ausblieben, bei älteren Personen, daß nur hin und wieder, unter gewissen Umständen, Ejakulationen erfolgen, ist außerdem noch sexuelle Neurasthenie vorhanden, dann haben wir es wahrscheinlich mit psychischem Aspermatismus zu tun.

Ergibt die Anamnese, daß früher die Ejakulation normal war, in der Zwischenzeit aber Tripper oder ein Trauma stattfand und später allmählich der Spermaausfluß geringer wurde, sich immer mehr verzögerte, bisweilen erst nach vollständiger Erschlaffung des Penis sich einstellte, so liegt mechanischer Aspermatismus vor.

Ergibt die Erkrankung eine Diagnose des Rückenmarks, so haben wir paralytischen Aspermatismus.

Die nähere Diagnose, zum Unterschiede von Azoospermie, muß natürlich das Mikroskop ergeben, worauf ich im nächsten Kapitel zu sprechen komme.

Die

Prognose

richtet sich, ebenso wie die Therapie, nach der Grundursache. Sie ist eine absolut infauste beim angeborenen totalen Aspermatismus, ebenso beim paralytischen usw. Günstiger ist sie beim organischen und psychischen Aspermatismus, absolut günstig beim Phimosenaspermatismus und dem durch Abusus sexualis verursachten.

Die

Therapie

ist 1. beim absoluten, kongenitalen Aspermatismus völlig aussichtslos, weil wir kein Mittel haben, irgendwie die totale Anästhesie des Ejakulationszentrums zu beeinflussen, ebenso wie wir die allgemeine sexuelle Anästhesie nicht beeinflussen können. Glücklicherweise ist sie sehr selten. Da aber das völlige Fehlen der Ejakulation auch des Orgasmus, d. h. des Wollustgefühls beim Koitus beraubt, würde ich in einem solchen Falle, um dem Patienten nicht alle Hoffnung zu nehmen, ut aliquid fiat, des psychischen Erfolges wegen, Faradisationen des gesamten Rücken- und Lendenmarkes, sowie der Genitalgegend, innerlich Kompositionen von Anaphrodisiazis (wie bei der „Impotenz" angegeben) anwenden.

Die Therapie des organischen A. ist je nach der Grundursache verschieden. Am besten und aussichtsvollsten ist sie bei den Strikturen der Urethra. Meist werden es wohl sehr enge, mit filiformen Bougies zu behandelnde Strikturen sein, die Aspermatismus verursachen, da die weiteren Strikturen, die wir mit Stahlsonden behandeln (von Nr. 12 an [Charrière] aufwärts) es nicht tun.

Bei periurethralen Strikturen ist eine dementsprechende Therapie einzuleiten. Bei schon eingetretener Obliteration der Ductus ejaculatorii sind wir machtlos. Hingegen wird bei Verschwellung derselben durch Urethritis gonorrhoica posterior, bei Kollikulitis usw. eine Guyonsche Injektionskur mit Argentum-nitricum-Lösung (5—20%), wie früher geschildert, von gutem Erfolg gekrönt sein.

Die Therapie des psychischen Aspermatismus ist ungefähr dieselbe wie die der psychischen Impotenz, in erster Linie eine psychische. Aber auch Johimbin vermag durch die dadurch bedingte stärkere Blutfüllung der Genitalien entschieden günstig zu wirken. Es erfordert die Therapie ein genaues anamnestisches Eingehen auf den einzelnen Fall, um das ätiologische Moment des Aspermatismus zu ergründen, das zur ungenügenden Erregung des Ejakulationszentrums führt.

II. Die Azoospermie

ist der Zustand, bei welchem zwar Sperma nach außen entleert wird, demselben jedoch die befruchtenden Spermatozoen fehlen. Facultas coeundi und ejaculandi sind dabei intakt. Dieser Zustand wird im späteren Mannesalter meist ein physiologischer.

Normaliter beginnt die Tätigkeit der Keimdrüsen beim Knaben mit ca. 14—15 Lebensjahren, doch sind schon früher lebende Spermatozoen gefunden worden. So sah Fürbringer solche bereits bei einem 13 jährigen Knaben, Haberda fand sie mit 13¾ Jahren. Im allgemeinen kann man sagen, daß 15 jährige Knaben ausgebildete Spermatozoen haben und meist auch schon befruchtungsfähig sind. Ich selbst kenne das Beispiel eines Knaben, der mit 15½ Jahren de facto durch ein Bauernmädchen Vater wurde, obgleich andere Autoren, wie Moll, selbst bei 16 jährigen Knaben noch keine Spermatozoen fanden. Jedenfalls ist die Angabe Mantegazzas („Hygiene der Liebe“, 3. Aufl., S. 45), daß vor dem 18. Lebensjahre für gewöhnlich die Spermatozoen nicht produziert würden, eine falsche und bei einem italienischen Autor eigentlich zu verwundern, da bekanntlich in Italien noch frühere sexuelle Reife eintritt als bei uns. Jedenfalls ist dieselbe individuell recht verschieden.

Ebenso treten die Ejakulationen oft schon recht früh auf. Sie können schon eintreten, ehe überhaupt noch Sperma in den Hoden gebildet worden ist, da Prostata, Samenblasen und Hoden zu verschiedenen Zeiten zu sezernieren beginnen. Ebenso ist die Erektionszeit bisweilen schon eine recht frühe. So ist es durchaus nichts Seltenes, daß Knaben mit 13 Jahren schon Erektionen mit Ejakulationen haben, wenn auch diese Ejakulate noch keine Spermatozoen enthalten. Durchschnitt-

lich dürfte also die Facultas generandi 2—3 Jahre später eintreten als die Facultas coeundi.

Die Prostata beginnt für gewöhnlich erst mit dem 15.—16. Lebensjahre zu sezernieren, d. h. nach Ausbildung der Hoden. Es ist wahrscheinlich, daß von dem Hoden ein inneres Sekret, ein Hormon, gebildet wird, das die Sekretion der Prostata anregt. Daher ist die Sekretion der Prostata in gewissem Grade von der Ausbildung der Hoden abhängig. Das Ejakulationszentrum aber scheint nicht davon abhängig zu sein, da die Ejakulation schon stattfinden kann zu einer Zeit, wo der Hoden noch kein Sperma, keine Spermatozoen produziert und ebenso die Prostata noch keinen Succus prostaticus bildet.

Die auch gerichtsärztlich so wichtige Frage des frühesten Beginns der Facultas generandi ist von den verschiedenen Autoren auch verschieden beantwortet worden. So soll nach Léprince (Thèse de Paris 1899) 13½ Jahr in Paris der früheste Pubertätstermin sein, ebenso nach Cordes (Virchows Archiv CLI, S. 412), v. Hofmann usw., während nach Straßmann das vollendete 15. Lebensjahr der unterste Zeugungstermin sein soll. Wohlausgebildete Spermatozoen sind allerdings vor dem 14.—15. Lebensjahre selten. Schmidtmann („Handbuch der gerichtl. Medizin" 1905, S. 87) sah sie bei einem 15- und 17 jährigen Knaben, v. Hofmann vermißte sie selbst bei einem 18 jährigen Jüngling.

Sicherlich finden sich Spermatozoen viel früher. Wir Ärzte haben nur wenig Gelegenheit, das Sperma in diesem Alter zu untersuchen, und bei Befund von Spermatozoen wissen wir nicht, wie weit dieselben befruchtungsfähig sind. Ich selbst glaube kann diese Befunde mit einem Rekord schlagen. So fand ich einmal bei einem 12 Jahre 4 Monate alten Masturbanten, der die Onanie leugnete, beim Abschaben eines Spermafleckens vom Hemd und Mikroskopierung spärliche Spermatozoen, und im Alter von 13—14 Jahren mehrfach, allerdings überwogen in diesem Alter die spermatozoenfreien Befunde.

Daß man auch ohne Spermatozoenbefunde diese Abschabungsprodukte durch die Florencesche Untersuchungsmethode als Ejakulationsobjekt erkennen kann, davon näheres später.

Physiologisch dauert die Spermasekretion vom ungefähr 15. bis 65. Lebensjahre. Aber auch jenseits hat man lebende Spermatozoen gefunden. Schon Wagner machte in seiner „Geschichte der Zeugung" darauf aufmerksam, daß er bei sehr alten Männern Spermatozoen in den Testikeln gesehen habe, bei den 60- und 70 jährigen immer, besonders in den Samenblasen. Duplay („Recherche sur le sperme des vieillards". Arch. gén. de méd., tome XXX, pag. 393ff. déc. 1852) untersuchte das Sperma von 51 Greisen und konstatierte in 37 Fällen (rund ¾ aller Fälle), das Vorhandensein von Spermatozoen. Dieser Autor hat für seine Zeit außerordentlich scharfe Beobachtungen angestellt. Er

sagt wörtlich: „Dans la majorité des cas (27 fois) ils étaient parfaitement bien conformés, la tête était volumineuse, la queue longue et recourbée, enfin ils ne différaient en rien de ceux que l'on observe dans le sperme de l'adulte."

Bemerkenswert sind die Schlußfolgerungen aus den exakten Forschungen Duplays, die m. E. auch heute noch volle Geltung haben. Er sagt:

1. La sécrétion du sperme continue à s'effectuer chez les vieillards. Quoique, parmi ceux qui ont été soumis à notre observation, le plus âgé eut quatre vingt-six ans, et que nous n'ayons pas eu l'occasion d'étendre nos recherches ou delà de cet âge, tout poste à croire que la sécrétion spermatique se prolongue jusque dans un âge beaucoup plus avancé.

2. Cette sécrétion est généralement moins abondante que chez l'adulte; ce qui le prouve, c'est la prédominance du liquide sécrété par la membrane muqueuse des vésicules séminales dans le sperme qui renferment ces réservoirs. Cependant, par une exception rare à la vérité, et même chez des octogénaires, la sécrétion du sperme paraît être aussi abondante que chez l'adulte, car le liquide que renferment les vésicules séminales de ces sujets privilegiés paraît aussi consistant que chez les sujets encore dans la force le l'âge.

3. Contrairement à l'opinion généralement admise par les physiologistes, les spermatozoides se retrouvent dans le sperme des vieillards. Les cas contraires, loin d'être la règle, doivent être considérés, d'après nos recherches, comme l'exception. Si dans certains cas les spermatozoaires sont moins nombreux que chez l'adulte, ou répandus moins uniformément que chez ce dernier dans toute l'étendue des voies spermatiques; si dans certains cas ils présentent une conformation moins parfaite, dans d'autres aussi, et quelquefois chez des sujets très âges, on les trouve avec toutes les charactères qui'ls présentent pendant la période moyenne de la vie.

4. Si les vieillards ne sont plus aptes à reproduire, ce que l'on observe le plus généralement et si, d'un autre côté, la présence des spermatozoaires constitue la qualité fécondante de la liqueur séminale, c'est moins à la composition de leur sperme qu'aux autres conditions de l'acte reproducteur qu'il faut attribuer à l'infécondité des vieillards."

Dann stellte Dieu (Journal de l'anatomie et de la physiologie, 1867) Untersuchungen an und fand bei Greisen bis zu 90 Jahren 26 % Spermatozoen. Auch Roubaud hat das Sperma von Greisen untersucht und war ebenfalls „bien convaincu de l'existence des spermatozoaires dans la liqueur séminale des vieillards". Fand Casper („Über Sterilitas virilis", Berliner klin. Wochenschrift 1890, doch sogar einmal zahlreiche Spermatozoen bei einem 96 jährigen Greise! Simonis

(Journal de l'anatomie et de la physiologie) fand bei Greisen von 87 und 91 Jahren, Cordes bei einem 92 jährigen Manne Spermatozoen, Liman (Handbuch der gerichtlichen Medizin) bei einem Greis von 96 Jahren und Florence (Archiv de l'anthropologie criminelle) bei einem 102 jährigen Greis noch normale wohlgebildete Spermatozoen.

Wir müssen also unsere Anschauungen, daß das Sperma der Greise ohne Spermatozoen sei, dahin richtig stellen, daß bis in die 70er Jahre die meisten Greise noch Spermatozoen haben, von 70—80 Jahren zirka die Hälfte, von 80—90 Jahren zirka ¼ und über 90 Jahre dieselben erst zu den Seltenheiten gehören. D. h. ein Greis ist von vornherein nicht als Azoospermatiker, sondern als Spermatiker zu betrachten, ein Punkt, der auch gerichtsärztlich bei der Feststellung einer Vaterschaft von hoher Bedeutung sein kann. Was die Vitalität dieser Spermatozoen anbetrifft, so deuten schon die oben angeführten Äußerungen Duplays über die verschiedenen Formen darauf hin, daß diese Vitalität eine gewisse Herabminderung bzw. Abschwächung erfahren hat. Es ist aber falsch, verallgemeinernd zu sagen, daß Greise trotz ihres Spermas steril und zeugungsunfähig sind. Wenn dieselben noch Erektionsfähigkeit besitzen, die bekanntlich ja individuell verschieden lang anhält, bis Ende der sechziger und selbst bis in die siebziger Jahre — ist auch die Möglichkeit einer Zeugung nicht ausgeschlossen. Wir wissen, daß Cato, der Zensor, und Ladislaus, der König von Polen, im Alter von 80 bzw. 90 Jahren noch Kinder zeugten, und allen wird es noch erinnerlich sein, daß ein königlicher Greis in den siebziger Jahren, Leopold von Belgien, noch Vater wurde. Andererseits ist, wenn Erektions- und Ejakulationsfähigkeit, selbst Spermabildung noch vorhanden ist, nicht gesagt, daß unbedingt Potentia generandi vorliegen muß. Allein das Fehlen der Spermatozoen sichert die Diagnose.

Es ist überhaupt merkwürdig, wie oft man Azoospermie findet, selbst bei Personen, die keine Epididymitis oder irgendwelche Erkrankungen der Genitalien durchgemacht haben.

So konsultierte mich vor längeren Jahren ein 24 jähriger Volksschullehrer, der verlobt, früher hochgradiger Masturbant gewesen war und heiraten wollte, vorher aber sich erkundigen wollte, ob sein Sexualleben in der Ehe durch frühere Masturbation leiden würde und ob er sicher Kinder bekomme. Potenz und Ejakulation waren normal; ich bat um sein Sperma. Epididymitis, Orchitis, Lues, Tuberkulose usw. der Hoden war ausgeschlossen. Das Sperma wurde geliefert und ich fand — ein einziges lebendes Spermatozoon. Ich glaubte an Azoospermie infolge hochgradigem Abusus masturbatorius, ordnete längere Zeit strikteste Sexualabstinenz an, auch von Onanie und erbat darauf wieder

das Sperma. Diesmal — kein Spermatozoon, nur Prostata- und Samenblasensekret. Ich sagte Patienten auf den Kopf zu, daß er wohl nie Vater werden würde. Er schüttelte ungläubig den Kopf, meinte, ich müßte mich irren, denn er sei Vater eines unehelichen Kindes. Es lag wohl näher, anzunehmen, daß er nicht der Vater des unehelichen Kindes sei.

Wie häufig, nicht bloß relativ, sondern auch absolut, der Zustand der Azoospermie ist, zeigen uns die Statistiken. So fand Busch (Über Azoospermie beim gesunden und kranken Menschen. Zeitschrift für Biologie 1882) an 100 Leichen:

		Keine	wenig	viel	Spermatoz.
bei 7 plötzlich verschiedenen Personen			3	4	Sperm.
bei 14 an akuten Krankh.	verschiedenen Personen.	2	3	9	,,
bei 42 an Tuberkulose		14	20	8	,,
bei 42 an chron. Krankh.		11	13	13	,,
Casper fand an 33	Leichen	11	13	9	,,
Fürbringer fand an 41		10	17	14	,,
Lehrich fand an 38		10	7	21	,,
ergibt bei 212 Personen		58	76	78	Sperm.

Diese dem Fingerschen Werk entlehnte Statistik ergibt, wie relativ häufig die Azoospermie ist. Ergibt doch eine Zusammenstellung dieser Statistiken in ca. 22 % Azoospermie, in 36 % wenig und in 37 % viel Spermatozoen, d. h.

fast $1/4$ aller Männer hatte gar keine Spermatozoen,
ca. $1/3$,, ,, ,, wenig ,,
,, $1/3$,, ,, ,, viel ,,

so daß Finger mit vollem Recht ausruft: „Die Zahlen beweisen die Wichtigkeit der Spermauntersuchungen. Sie zeigen uns an, wie häufig bei voller Gesundheit der Frau, scheinbar vollem Wohlsein und voller Potenz des Mannes doch eine Ehe steril bleiben kann, weil der Mann an Impotentia generandi ex azoospermia leidet.“ Diese Tatsachen machen es uns, meine ich, aber auch verständlich, warum wir 10 % aller Ehen steril finden, bei oft voller Gesundheit seitens des Mannes und der Frau. Nur hieraus wird uns die so häufige Kinderlosigkeit der Ehe verständlich, nur so können wir eindringen in die Geheimnisse derselben. Sie zeigt andererseits die Wichtigkeit der Lehre von den Funktionsstörungen der Zeugung seitens des Mannes. Wenn Kehrer („Zur Sterilitätsfrage“. Beiträge zur klinischen und experimentellen Geburtskunde und Gynäkologie, Gießen 1899, II) in 96 allgemein herausgegriffenen Ehen bei 30 % Azoospermie fand und Impotenz nur bei 3 %, so zeigt das die ungeheure Wichtigkeit der Lehre von der

Azoospermie, von der Impotentia generandi, die auch ärztlicherseits heutzutage noch zu sehr unterschätzt wird. Dies deckt sich ungefähr mit der obigen Statistik, wo wir bei 27% aller Leichen Azoospermie fanden. Auch Fürbringer bestätigt bei seinen großen Erfahrungen diese Tatsache. Allerdings kommen in dieser Statistik die große Zahl der durch doppelseitige Epididimytis duplex zeugungsunfähig Gewordenen zum Ausdruek.

Ätiologie und Symptomatologie der Azoospermie.

Die Azoospermie ist, wie wir schon sahen, der bei weitem wichtigste Teil der Impotentia generandi und gleichzeitig der ganzen männlichen Zeugungsimpotenz überhaupt, weit wichtiger als die Impotentia coeundi, wenigstens vom Standpunkt der Regeneration, nicht dem der Patienten, denn die Impotentia generandi ist ungefähr 10 mal so häufig als die Impotentia coeundi.

Wenn ich daher, im Gegensatz zu allen bisherigen Autoren, dieses Gebiet ausführlicher behandle, als es gemeiniglich hier geschieht, besonders bezüglich der Therapie, so tue ich dies, um dem ärztlichen Praktiker bei der Häufigkeit und Wichtigkeit der Erkrankungen prophylaktisch bzw. therapeutisch möglichst viel Angriffspunkte in der Bekämpfung dieser Leiden nach dem neuesten Standpunkt der Sexualwissenschaft zu geben:

Die Azoospermie kann durch dreierlei Ursachen bedingt sein.

1. dadurch, daß die Hoden überhaupt aufgehört haben, zu funktionieren, also direkte Funktionsuntüchtigkeit derselben durch Erkrankungen;

2. daß sie durch Erkrankungen der anderen Körperorgane indirekt in Mitleidenschaft gezogen werden und dadurch die Sekretionstätigkeit beeinträchtigen, schwächen oder gar aufheben, also indirekte Funktionsstörungen der Hoden;

3. dadurch, daß die Ausführungsgänge dem normalen Hodensekret durch Obliteration mechanisch den Austritt verlegen.

1. Die Azoospermie durch direkte Hodenerkrankung.

Bekanntlich erkranken die Hoden am meisten durch zwei Affektionen: 1. Syphilis, 2. Tuberkulose.

1. Hodensyphilis tritt in zwei klinisch nie scharf getrennten Formen auf:

a) als interstitielle fibröse Orchitis, hauptsächlich als Ent-

zündung des interstitiellen Bindegewebes sich kennzeichnend und damit einhergehend eine Wucherung der fibrösen Septa auf Kosten der Samenkanälchen. Diese Wucherung führt zu interstitiellen Schwielenbildungen und Schrumpfung der Samenkanälchen, damit Schrumpfung der samenproduzierenden Gewebselemente, Schrumpfung und Verkalkung mit unregelmäßigen Einziehungen.

b) Die andere Form, die gummöse Orchitis, die gewöhnlich mit der fibrösen interstitiellen zusammen vorkommt, zeigt sich in Bildung kleiner, derber, harter Knoten, der bekannten Gummata. Das Gewebe wird zu einer knorpelharten Masse, wobei der größte Teil des Hodenparenchyms als des Sperma bereitenden Gewebes zugrunde geht. Es tritt allmählich Azoospermie ein, natürlich bei doppelseitiger Orchitis. Meist liegen die Knoten in der Nähe der Albuginea und können daher als kleine harte Höcker durchgefühlt werden. Die ursprüngliche starke Vergrößerung, die Hypertrophie, geht allmählich in Atrophie über. Trotz alledem ist die Hodensyphilis für die Potentia generandi keine allzusehr zu fürchtende Krankheit, weil, wenn sie rechtzeitig in Behandlung kommt — und das dürfte in der Mehrzahl der Fälle zutreffen — durch eine gründliche antisyphilitische Kur Ausheilung zu erzielen ist. Denn es ist meist, wenn nicht viele Monate darüber hingehen, ehe eine Behandlung in Angriff genommen wird, der Hoden nur partiell erkrankt und nach gründlicher Kur geht in dem übriggebliebenen normalen Teil die Spermabildung wieder vor sich. Andererseits betrifft die Hodensyphilis in den seltensten Fällen beide Hoden zugleich, selbst wenn ein ganzer Hoden atrophisch geworden ist. Die Fälle, daß beide Hoden allmählich ganz atrophieren, ohne daß eine Therapie eingeleitet wurde, dürften heutzutage in den meisten Kulturstaaten wohl zu den größten Seltenheiten gehören. Nun rezidiviert gerade Hodensyphilis sehr leicht und es muß mehrmals eine gründliche Kur durchgemacht werden. Dies geschieht heute wohl bei den meisten Fällen vermittelst der Fournierschen intermittierenden Kur, ganz zu schweigen von der die Ausheilung noch unterstützenden Salvarsanbehandlung.

Wenn daher Lewin (Deutsche Klinik 1861) vor 50 Jahren bei 50 % aller Syphilitiker bei gesunden Hoden und Nebenhoden Azoospermie gefunden haben will, so ist dies wohl ins Bereich der Fabel zu verweisen. Liégois und Bryson („Influence des maladies du testicule et de l'épididymis sur la composition du sperme". Annales de dermatologie 1869, 5) fanden bei 76 % aller Syphilitiker schon Spermatozoen, und mit der neueren Zeit bessern sich diese Zahlen immer mehr. Lier und Ascher fanden („Beiträge zur Sterilitätsfrage". Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe XVIII, 2, 1890) bei 80 Azoospermisten nur 2 bedingt durch Hodensyphilis, und Hanc („Männliche Sterilität infolge von Syphilis". Wiener klin. Wochenschrift 1892) hat gezeigt, daß bei

Syphilis Azoospermie fast nur durch Hodenerkrankung vorkommt, sonst nicht, und dies ist relativ selten, so daß sie besonders bei Azoospermie im allgemeinen kaum in einigen Prozent aller Fälle in Betracht kommt.

Noch seltener ist die Nebenhodensyphilis, besonders die primäre, wenn auch nicht, wie Ricord noch meint, die Nebenhoden stets frei bleiben von Syphilis, sondern auch mit erkranken und wir hier ebenfalls eine interstitielle und eine gummöse Form ausgesprochen finden, so ist sie doch als Ursache von Azoospermie ob ihrer Seltenheit ganz außer acht zu lassen.

Etwas mehr ist vielleicht schon die Tuberkulose der Hoden Ursache der Azoospermie, um so mehr, als Finger in Übereinstimmung mit Liégois und Godard meint, daß Azoospermie hier 1—2 Jahre vor der Erkrankung des Hodenparenchyms nachweisbar sein soll. Dem widerspricht allerdings Fürbringer, der darauf hinweist, daß Lewin, Duplay, Dieu sowie Busch in weit mehr als der Hälfte der untersuchten Leichen Samenfäden fanden. Allerdings ist auch hier doppelseitige Hodenerkrankung eine seltene Erkrankung, aber jedenfalls destruiert doch Tuberkulose eines Hodens, schon infolge ihres schnelleren Verlaufs und ihrer Unheilbarkeit, das Hodengewebe weit mehr als die Syphilis. Während bei letzterer die Prognose recht günstig ist, ist dies bei der Tuberkulose nicht der Fall, wo nur eine baldige Entfernung der Testikel Heilung verspricht.

Die übrigen Krankheiten der Hoden, wie Sarkom, Karzinom usw., übergehe ich als für unser Gebiet zu selten in Betracht kommend.

2. Azoospermie durch Funktionsstörungen der Hoden infolge indirekter Erkrankungen anderer Körperteile

ist ebenfalls recht selten. Azoospermie infolge von Kachexie ist ein noch recht wenig geklärtes Kapitel.

Die Azoospermie bzw. Oligospermie infolge von allgemeiner Lues habe ich oben schon als Fabel angesprochen. Man muß annehmen, daß in solchen Fällen von Lues, wo man Azoospermie fand, luetische Hodenerkrankungen vorhanden waren, nur nicht diagnostizierbar, nicht durchfühlbar. Ebensowenig kann man Tuberkulose der übrigen (nicht Hoden-) Organe als Azoospermie veranlassend ansehen. Durchschnittlich weisen die Tuberkulösen gerade recht zahlreiche Familien auf. Also von einer Azoospermie i. e. Impotentia generandi kann im allgemeinen bei Phthisikern nicht gesprochen werden, obgleich Busch unter 46 an Lungenphthise gestorbenen Männern 8 mal Polyzoospermie, 20 mal Oligozoospermie und 14 mal Azoospermie fand.

Am ehesten scheint die Fettsucht noch ungünstig auf die Potentia generandi einzuwirken. Bei der Impotentia coeundi habe ich ihren un-

heilvollen Einfluß schon demonstriert, ebenso scheint die Azoospermie hier relativ häufig zu sein, wenigstens sah Kisch, der allerdings in Marienbad wohl sehr viel Fettleibige behandelt hat, in 9 % aller Fälle Azoospermie, ein Prozentsatz, der mir, obgleich ich keine persönlichen Erfahrungen hierüber habe, horrend zu sein scheint und den Gedanken nahelegt, ob in einigen dieser Fälle die Azoospermie nicht doch durch andere Ursachen veranlaßt war. Kisch sagt wörtlich:

„Ich fand auffällig häufig Azoospermie bei hochgradig fettleibigen Männern, welche sonst nach jeder Richtung die Merkmale der Virilität boten und sogar mit ihrer sexuellen Leistungsfähigkeit prahlten. Das Sperma zeigte gar keine oder nur sehr spärlich bewegliche Spermafäden."

Außerdem hat man noch bei Morphinismus (Rosenthal) Azoospermie beobachtet. Ich persönlich würde hier eine direkte Giftwirkung, eine Art Lähmung auf die Spermaproduktion erblicken und eine indirekte Wirkung durch Allgemeinschwächung des Organismus.

Daß Morphinismus ebenfalls auch zur Impotentia erigendi führt, habe ich schon erwähnt.

Hier möchte ich kurz noch einer Erscheinung Erwähnung tun. der temporären Azoospermie durch allzuhäufige Spermaverluste. Sie findet sich erstens bei übermäßiger Masturbation. Ich habe mehrfach bei hochgradigen Masturbanten, die bis 3 und mehrmals des Tages Monate hindurch onanierten, Spermauntersuchungen angestellt und eine temporäre Azoospermie beobachten können, allerdings weit mehr eine Oligozoospermie als eine Totalazoospermie. Übrigens hat auch Schabert („Azoospermie und Oligospermie", Petersburger mediz. Wochenschrift 1901, 41) gefunden, daß bei den russischen Juden, die außerordentlichen sexuellen Verkehr hatten, Oligozoospermie, die in Azoospermie übergehen kann, besteht. Nur ist dieser Autor sehr im Irrtum, wenn er meint, daß die erstere für die Ehe gleichwertig der letzteren sei.

Wir wissen, daß durch allzugroße und allzuhäufige Spermaverluste der verschiedensten Art, wie übermäßiger Koitus, Masturbationen, Spermatorrhöen, selbst Pollutionen die Zahl der Samenfäden sich schnell verringert, ja sogar ganz verschwindet, das Sperma gleichzeitig dünnflüssiger wird. Casper erzählt einen Fall, wo ein Naturforscher längere Zeit gemeinsam mit ihm sein Sperma untersuchte und fand, daß, je öfter der Koitus ausgeübt wurde, desto ärmer an Spermatozoen das Ejakulat wurde, so daß sie schließlich, wenn alle 1—2 Tage koitiert wurde, ganz verschwanden. Das ist aber m. E. nicht die Regel. Wird alle 1—2 Tage ein Koitus ausgeübt — ich schließe dies aus meinen Spermauntersuchungen bei Masturbanten —, so dürfte nur Oligozoospermie, nicht Azoospermie eintreten. Fabricius berichtet von einem Hengste, der, nachdem er 34 Stuten in kurzer Zeit hintereinander gedeckt hatte, die letzten nicht mehr be-

fruchten konnte, weil in dem Ejakulat keine Spermatozoen mehr vorhanden waren.

Das Ejakulat besteht in diesen Fällen nur aus Prostata- und Samenblasensekret, woraus ja bekanntlich Fürbringer schließt, daß bei dieser temporären Azoospermie am ehesten die Hoden, dann die Samenblasen und zuletzt die Prostata versage.

Daß es sich bei dieser temporären Azoospermie durch unmäßige Ejakulationen nur um einen momentanen Erschöpfungszustand handelt, ist ja selbstverständlich, und eine kurze Zeit sexueller Ruhe (den Ausdruck sexuelle Abstinenz kann man hier kaum gebrauchen) genügt, um die normale Funktionstätigkeit der Hoden wiederherzustellen.

Übrigens hat Kehrer auch experimentell eine Azoospermie hervorgerufen dadurch, daß er den Kaninchen das Vas deferens und die Samenstranggefäße unterband und Essigsäure in den Samenstrang injizierte. Er erzielte dadurch Samenstauung im Nebenhoden und Erlöschen der Hodensekretion bzw. Hodenatrophie.

Übrigens kommt Azoospermie bei Tieren vor. Bei Hunden ist sie experimentell durch übermäßige Funktionsleistung hervorgebracht worden, so von Lode („Zahlen- und Regenerationsverhältnisse der Spermatozoiden", Pflügers Archiv 1891, 50), der durch tägliche Masturbation an Hunden zeigte, daß die Zahl der Samenfäden ständig abnimmt. Wenn er die Masturbation in wenigen Stunden mehrmals vornahm, fand er beim 3. Male schon Oligozoospermie, beim 4. Male Azoospermie. Das entspricht fast völlig den von mir gemachten Befunden bei menschlichen Masturbanten. Die Lodeschen Versuche zeigten auch, daß nach zwei Tagen schon eine vollständige Restitutio wieder stattgefunden hatte, da dann die Zahl der Spermatozoen sich sehr vermehrt hatte. Wenn v. Gyurkovechky bei selbst mehrmals, sogar nach einer Stunde wiederholtem Koitus im Ejakulat zahlreiche Spermatozoen sah, so ist das absolut noch kein Gegenbeweis gegen meine obige Behauptung. Die temporäre Azoospermie stellt sich — wenigstens war dies so bei meinen Masturbanten — nicht ein bei mehrmaliger Masturbation, sondern bei längere Zeit hindurch stattgehabtem Abusus masturbatorius, täglich mehrmals längere Zeit hintereinander.

Der Rückschluß v. Gyurkovechkys, daß bei kräftigen Personen nach häufigen Kohabitationen die Zahl der Samenfäden eher zu- als abnähme, ist m. E. verkehrt, ebenso dieses Autors Ansicht, daß das Pollutionssperma nur selten lebende Spermatozoen haben solle, weil in den Samenblasen die Spermatozoen rasch zugrunde gehen sollen. Ich würde heute kein Bedenken tragen, behufs Vornahme einer künstlichen Befruchtung bei Impotentia coeundi Pollutionssperma zu benutzen, für

den Fall, daß es frisch vom Impotenten zu erhalten sei. Jedenfalls sieht man, daß auch hier der Sexualforschung noch viele Aufgaben harren.

Die Ansicht Fürbringers, daß temporäre Azoospermien „exorbitante Raritäten" seien, kann ich, wenigstens was die Masturbanten von 15—20 Jahren anbetrifft, nicht teilen. Bei Abusus sexualis mag dies schon mehr der Fall sein, weil hier infolge mangelnder Erectio penis eine Ejakulation nicht so oft stattfindet wie bei der Masturbation, wo es oft ohne Erectio zur Spermaausspritzung kommt.

Erwähnen möchte ich noch, daß Hirtz (Gazette médicale de Straßbourg 1861) von einer „idiopathischen Sterilität" gesprochen hat, d. h. von einer angeborenen Azoospermie bei völlig gesunden Genitalien. Eine solche angeborene absolute Azoospermie bei gesunden Hoden, also gleichsam ein Pendant zum absoluten Aspermatismus, dürfte abnorm selten sein, wenn überhaupt vorkommend.

Albers-Schönberg („Über eine bisher unbekannte Wirkung der Röntgenstrahlen auf den Organismus der Tiere." Münchener mediz. Wochenschrift 1907, 36) meint, daß eine zu lange Röntgenbestrahlung der Hoden zu einer Vernichtung der Spermatozoen, zu einer Azospermie bzw. Nekrospermie führen kann. Es wird durch die Röntgenstrahlen eine direkte Hodenatrophie erzeugt. Eine solche ist jetzt durch Versuche am Meerschweinchen festgestellt. Die Potentia erigendi wird dadurch gewöhnlich nicht beeinflußt. Vielleicht, daß dieses Verfahren noch einmal größere Verwendung finden wird bei der absichtlichen Sterilisation. Ebenso wie man heute zu einer Durchschneidung der Vasi deferentes bei Geisteskranken vorschreitet, um künstliche Sterilisation zu erzeugen, wird man vielleicht noch einmal eine solche durch Röntgenbestrahlung vornehmen. Näheres werde ich Band V vorliegender Zeugungsmonographien („Die Zeugung bei Kryptorchisten, Hermaphroditen und Kastraten") bringen.

Hier möchte ich auf die — wenn auch von Fürbringer geleugnete — so doch wohl mögliche und sicher auch selten vorkommende Form von

Azoospermie durch übermäßiges Reiten

hinweisen. Bei der Impotentia coeundi habe ich schon darauf hingewiesen, daß eine solche durch das Reiten hervorgebracht werden kann. Es hat Hippokrates schon darauf hingewiesen, daß die Scythen steril waren, und zwar vom allzulangen Reiten. Roubaud (loc. cit. S. 580) meint, daß Reiter, die mit der besten Potentia coeundi ausgestattet sind, unfruchtbar werden und daß bei der Untersuchung von Kavalleristen ganz charakteristische Indurationen gefunden wurden. Er findet die Erklärung hierfür in dem Bau, besonders im Schwanz des Nebenhodens, daß die Reibungen und Erschütterungen der Hoden im Sattel zu einer Entzündung führen können, also gleichsam zu einer traumatischen Epididymitis führen sollen und man in solchen Fällen von Epididy-

mitis zweifelhafter Natur an eine solche durch Reiten denken müsse. Er meint sogar, daß sie definitiv werden kann. Ich glaube nicht, daß eine Epididymitis mit Obliteration durch Reiten hervorgebracht werden kann, bin aber der Ansicht, daß Parforcereiten, ebenso forciertes Reiten im Radsattel, wie wir es heute im Sport (Sechstagerennen u. a.) sehen, wohl eine vorübergehende Azoospermie durch leichte traumatische Reizung der Nebenhoden hervorrufen kann. Wir wissen andererseits, daß das übermäßige Reiten auch Hodenatrophie hervorrufen kann. Das ist sicher konstatiert bei den heutigen männlichen Bewohnern des Kaukasus, wie uns Hammond in seiner „Sexuellen Impotenz" mitteilt. Lallemand („des pertes séminales" 1836, Teil I, Bd. 581) weist schon darauf hin, daß durch die Reibungen und Erschütterungen des Perineums bei Berührung mit dem Sattel eine Reizung der Samenkanälchen auftreten könne. Ebenso meint Daremberg in seiner Übersetzung des Hippokrates (Paris 1843, pag. 497), daß bei den Reitern durch den fortwährenden Druck auf die Samenkanälchen Ernährungsstörungen eintreten müssen und Hammond, dem ich diese Mitteilung entnehme, gibt selbst an, daß er bei einigen Mujerados, das sind künstlich durch Reiten impotent Gemachte, Atrophie der Genitalien gefunden hat. Die Möglichkeit, daß übermäßiges Reiten, sei es durch Hervorrufen einer minimalen Epididymitis, sei es durch Hervorbringen einer Hodenatrophie zur Azoospermie führe, ist also a priori durchaus nicht von der Hand zu weisen. Nur dürfte hierzu 1. ein ganz abnorm langes Reiten dazu gehören und 2. das Nichttragen eines Suspensoriums.

Praktische Bedeutung dürfte diese Azoospermie kaum erlangen, sie hat nur wissenschaftliches Interesse.

3. Die Azoospermie durch Erkrankung bzw. Verlegung der Leitungswege.

Die Zahl der Fälle von Azoospermie durch Erkrankung der Leitungswege, also der Vasa deferentia, Samenblasen, Prostata, Ductus ejaculatorii und Harnröhre, ist relativ klein, und meist spielt hier die Gonorrhöe eine Rolle durch Beimischung von Eitertripper zu den Spermatozoen. Daß eine solche Beimischung den so empfindlichen Spermatozoen gefährlich werden muß, ist sofort einleuchtend. Es kommt hier, wie Guelliot („des vésicules séminales", Paris 1883) sehr richtig sagt, auf die Dauer des Zusammenseins des Spermas mit dem Eiter an. Noeggerath zeigte uns ja den deletären Einfluß der Gonorrhöe auf die Potentia generandi des Mannes. Ich glaube, es kommt hier auf die Schnelligkeit der Herausbeförderung des Spermas und in der Hauptsache auf das Stadium des Krankheitsprozesses der Gonorrhöe an. Daß bei starkem Eiterungsprozeß bei akuter Gonorrhöe eine hochgradige Schädigung und vielleicht auch Abtötung

der meisten Spermatozoen stattfindet, ist wohl sicher. Daß aber beim subakuten oder chronischen Stadium der Gonorrhöe die wenigen Eiterkörperchen für die normale Menge von Spermatozoen im Ejakulat bezüglich ihrer Zeugungsfähigkeit nur geringe Bedeutung haben nun und nimmermehr die Gesamtheit der Spermatozoen abtöten, ist wohl sicher. So mag man die Worte Fürbringers (loc. cit.), daß das Zusammentreffen von Eiter und Sperma die Samentiere töten kann, es aber nicht muß und an und für sich nicht Azoospermie im Gefolge hat, wohl verstehen, ganz abgesehen davon, daß wohl jeder Arzt einem an akuter Gonorrhöe Erkrankten streng jede Kohabitation verbieten wird.

Am ehesten hat noch die Prostatitis Einfluß auf die Zeugungsfähigkeit des Mannes. Die Ansichten sind aber gerade hierüber verschieden. Während Lohnstein z. B. meint, daß bei der chronischen Prostatitis das Sekret sauer sei und keine schädigende Wirkung auf die Spermatozoen habe, meinen Finger und Pezzoli („Über die Reaktion des Prostatasaftes bei chronischer Prostatitis", Wiener klin. Wochenschrift 1902, 17), daß es alkalisch sei und daher Oligozoospermie, selbst Nekrospermie verursache. Es ist wohl anzunehmen, daß nur dem normal reagierenden Prostata- bzw. Samenblasensaft die Fähigkeit innewohnt, die starren Spermatozoen zum Leben zu erwecken, nicht aber dem durch Prostatitis glandularis veränderten. (Nähres vide Kapitel: „Oligozoo- und Nekrospermie".)

Weit mehr Bedeutung für die Zeugungsunfähigkeit des Mannes hat die Epididymitis duplex. Ja selbst manchen Ärzten ist die Wichtigkeit dieser Erkrankung für die Potentia generandi noch nicht völlig klar geworden. Ist sie doch häufiger als alle anderen Formen von männlicher Zeugungsunfähigkeit, und was das heißt, wird man sich klar machen können, wenn man weiß, das ca. 10% aller Ehen steril sind. Ja sie ist wohl häufiger als sämtliche Formen von Impotentia coeundi et generandi des männlichen Geschlechts zusammengenommen, dies deshalb, weil 1. die Gonorrhöe die häufigste aller Genitalerkrankungen ist, ca. 80 % der Männerwelt befällt und 2. die Epididymitis et Funiculitis die häufigsten Komplikationen des Trippers darstellen. Diese treten bei 6—12% aller Gonorrhöefälle auf, dies würde, 10 % durchschnittlich gerechnet, bei 8 % aller Männer der Fall sein. Nun wissen wir aus der Statistik von Finger („Die Blenorrhöe der Sexualorgane" 1896, S. 289), daß ca. in 7% aller Fälle von Nebenhodenentzündung diese doppelseitig ist (unter 3136 Fällen von Epididymitis war sie in 211 Fällen eine doppelseitige). Nach einer Statistik von Simonis (1888) fand sogar in 27½ % aller Gonorrhöekranken Nebenhodenentzündung statt!

Jedenfalls ist, wenn ein Patient doppelseitige Epididy-

mitis et Funiculitis gonorrhoica akquiriert hat, mit größter Wahrscheinlichkeit (9:1 nach Fürbringer) Azoospermie und damit Unfruchtbarkeit zu erwarten. Die Entzündung kommt dadurch zustande, daß der Gonokokkus aus der Pars prostatica durch die Ductus ejaculatorii zu dem Vas deferens bis zu den Nebenhoden sich fortpflanzt und auf dem ganzen Wege seine verheerenden Wirkungen ausübt. Höchst selten wird eine Epididymitis hervorgerufen durch Erkrankung des dazwischenliegenden Gewebes. Für uns ist der Effekt derselbe. Die Nebenhodenkanälchen sind mit einer graugelben eitrigen Masse erfüllt, welche nach der Resolution eine Obliteration, Schrumpfung hervorruft und so zu einer Versperrung des Samenausflusses führt, sowie zu harten, zurückbleibenden Infiltrationen, die wir als Knoten, Verdickungen noch wahrnehmen am Kopf bzw. Schwanz des Nebenhodens, meist im letzteren. Nun sollen zwar nach Simmonds die im Nebenhodenkopf gesetzten Veränderungen die Passage der Samenfäden nie versperren, sondern nur die im Schwanz gelegenen. Die Hoden bleiben verschont, da der Prozeß wohl fast stets in den Nebenhoden Halt macht. Da die Kohabitation meist eine tadellose ist und das Ejakulat, bestehend aus Samenblasen-, Prostata- und bulbourethralem Sekret, meist ein relativ reichliches ist, so daß den Patienten selbst gegen früher nichts auffällt, sind sie meist verwundert, daß sie der schuldige Teil der Zeugungsunfähigkeit sein sollen.

Man muß sich wundern, daß eine so naheliegende Tatsache, daß die Azoospermie infolge der doppelseitigen Samenstrang- bzw. Nebenhodenentzündung die Ursache der Zeugungsunfähigkeit ist, so lange den Ärzten verschwiegen bleiben konnte, da die Epididymitis schon lange pathologisch-anatomisch ergründet war. Man schob früher eben der sekundären gonorrhoischen Infektion des Weibes die Zeugungsunfähigkeit zu und nicht der primären des Mannes, obgleich schon Gosselin im Jahre 1853 in einer Arbeit („Nouvelle étude sur l'oblitération des voies spermatiques et sur la stérilité consecutive à l'épididymite bilaterale" im Archive générale de méd. 5. Ser., pag. 2, Sept. 1853) den Ärzten die Augen öffnete. Leider scheinen die Resultate dieses Autors der damaligen Ärztewelt nicht genügend bekannt geworden zu sein. Er stützt sich auf 20 Fälle, die er in 2 Kategorien teilt. Die der ersten (15 Fälle) waren solche, wo die Epididymitis erst einige Wochen bzw. Monate alt war. Gosselin fand hier bei allen, deren Heilung eine komplette war, 1. eine Induration in Form eines Knotens im Nebenhodenschwanz, 2. daß Libido, Erektion und Ejakulation wie früher waren und daß das Sperma, sowohl quantitativ als auch bezüglich seiner Farbe und seines Geruchs, keine Veränderungen bot und 3. daß die mikroskopische Untersuchung das Fehlen der Spermatozoen zeigte.

Die 2. Kategorie, die sich auf 5 Fälle stützte, war solche, wo die

Epididymitis mehrere Jahre dauerte. Bei 4 hatte das befruchtende Sperma seine Wirkung verloren, obgleich es alle physischen und chemischen Eigenschaften bewahrt hatte, und beim 5. Patient, wo die Epididymitis keine Indurationen hinterlassen hatte, fand er Spermatozoen im Sperma, also Gosselin hatte schon 1853 in der Hauptsache alles das gefunden, was wir heute als Folge kennen. In einer früheren Schrift (Comptes rendus des séances de l'académie des sciences. Sitzung vom 14. Januar 1847) hatte Gosselin schon darauf hingewiesen, daß in allen Fällen, wo die Epididymitis nicht von einer Induration gefolgt ist, Spermatozoen im Ejakulat erscheinen, also, schloß er, muß diese Induration das mechanische Hindernis der Spermatozoen auf ihrer Wanderung sein. Dieser Autor ist also in der Hauptsache der eigentliche Schöpfer unserer Lehre von der Zeugungsunfähigkeit des Mannes, wenigstens, was die Azoospermie anbetrifft. Seine Schlußfolgerung bezüglich des Sitzes der Obliteration, auch nach welcher Zeitdauer sie nicht mehr verschwindet, zeigen seine scharfsinnigen Forschungen. Er sagt wörtlich: „Cette oblitération occupe le plus souvent la queue de l'épididyme; mais elle peut, à la rigueur, se trouver sur un autre point de cet organe. Comme, à partir de son corps, c'est un conduit unique qui se forme en s'enroulant, il suffit que le calibre de ce conduit s'efface en un point pour qu'il y ait obstacle au passage du sperme . . . . Je n'ai pas de fait qui me prouve que l'oblitération puisse disparaître après un temps plus long.“ Wir müssen gestehen, daß wir auch heute bezüglich dieser Tatsachen nicht weiter fortgeschritten sind.

Den Ärzten damaliger Zeit kamen diese Forschungen nicht recht zum Bewußtsein, und erst Noeggerath, der amerikanische Gynäkologe, war es, der 1872 durch seine Arbeit „Die latente Gonorrhöe beim weiblichen Geschlecht“ zeigte, daß der Tripper des Mannes es sei, der das Glück und die Gesundheit der Frau vernichtet, ihr Leben bedroht und die Zeugungsunfähigkeit verschuldet. Noeggeraths nur allzu temperamentvolle Arbeit schoß wohl etwas über das Ziel hinaus, nur bezüglich der Sterilität der Ehe hat ihm die spätere Zeit recht geben müssen, wenn auch nicht in dem Maße, wie er meinte. Er ging sogar so weit, daß er den Tripper des Mannes zu 90% für unheilbar hielt und dieser latente Tripper sollte die Frau regelmäßig anstecken und dieselbe sollte dann eine gonorrhoische Gesamtinfektion vom Introitus vulvae bis zu den Ovarien bekommen. Von 81 infizierten Frauen sollen 49 absolut unfruchtbar und nur 31 schwanger geworden sein, wovon 23 die Frucht bis zum Ende austrugen. Von diesen 23 Frauen hatten nur 12 ein Kind, 7 zwei Kinder, 3 je drei und nur eine Frau vier Kinder, d. h. 81 Frauen hatten insgesamt 39 Kinder (anstatt, die Ehe zu 4—5 Kindern gerechnet, 375 Kinder), also nur 10% der zu erwartenden Nachkommenschaft. Es ist klar, daß diese Darstellung eine übertriebene ist, sonst

müßte ja längst der Tripper die gesamte Nachkommenschaft der Welt dezimiert haben.

Die statistischen Resultate, inwieweit die Epididymitis duplex die Zeugungsunfähigkeit des Mannes verschuldet, sind nach neuerer Statistik folgende:

Nach Baltzer und Souplet (Annales de Dermat. et de Syphilis 1892, Mai, „Zeugungsunfähigkeit nach Epididymitis") sollen in der Mehrzahl der Fälle nach 6 Monaten sich wieder Spermien im Ejakulat zeigen.

Nach Benzler sollen von 100 doppelseitigen Epididymitikern fast 77 wieder zeugungsfähig werden.

Diese Forschungen stehen aber mit den anderen meisten und glaubwürdigsten im entschiedenen Gegensatz. So haben:

Liégois unter 83 Fällen von doppelseitiger Epididymitis 75 mal Azoospermie,
Noeggerath unter 28 Fällen von „ „ 7 mal Azoospermie,
Gosselin unter 20 Fällen von „ „ 19 mal Azoospermie,
Godard unter 38 Fällen von „ „ 34 mal Azoospermie,
Neisser unter 8 Fällen von „ „ 7 mal Azoospermie,
Giacomini unter 20 Fällen von „ „ 20 mal Azoospermie,
Lier und Ascher unter 75 Fällen von doppelseitiger Epididymitis 75 mal Azoospermie

gefunden, d. h. unter 306 Fällen von doppelseitiger Epididymitis 253 mal Azoospermie, d. h. in rund 83%.

Kehrer fand in 96 Fällen in 30,21% Azoospermie, in 11,45% Oligozoospermie und in 55,21% Polyspermie.

Balin, Schenk und Winter zeigten, daß bis 46% von Azoospermie die Gonorrhöe verschuldet.

Über das Verhältnis der durch Gonorrhöe verschuldeten Azoospermie zu der durch andere Krankheiten verschuldeten gaben Lier und Ascher Aufschluß. Sie fanden unter

80 Fällen von Azoospermie
75 mal dieselbe durch Gonorrhöe,
2 „ „ „ Hodensyphilis,
2 „ „ „ Hodenatrophie,
1 „ „ „ Hodentuberkulose

veranlaßt, d. h. in fast 94% aller Fälle von Azoospermie ist die Gonorrhöe der verschuldende Teil.

Wie häufig die Azoospermie überhaupt ist, habe ich früher gezeigt, daß eine diesbezügliche Leicheninspektion in 22% Azoospermie, in 36% Oligozoospermie und nur in 37%, also reichlich $1/3$ aller Fälle, normale Polyspermie zeigte. Casper fand bei 33 Männern bei 11 = 33% Azoospermie, bei 13 = 40% Oligozoospermie und bei 9 = 27% Polyspermie. Busch bei 27% Azoo-, 39% Oligo- und 34% Polyspermie.

Um nun zu erfahren, wie oft in einer kinderlosen Ehe der Mann, wie oft die Frau der schuldige Teil sei, hat Kehrer („Zur Sterilitätsfrage“. Beiträge zur klinischen und experimentellen Geburtshilfe und Gynäkologie. Gießen 1879, II.) 96 Fälle von kinderlosen Ehen herausgegriffen und das männliche Ejakulat untersucht und gefunden, daß in 29 Fällen = 30% Azoospermie vorlag.

Lier und Ascher fanden in 32% aller Ehen Azoospermie, d. h. rund $1/3$ aller sterilen Ehen verdankt ihre Kinderlosigkeit der Epididymitis gonorrhoica des Mannes. Wenn Lier und Ascher, die sich auf die Krankengeschichten Prochowniks stützen, daraus den Schluß ziehen, daß, da es in erster Linie der Tripper ist, welcher die Männer zeugungsunfähig macht, aber auch bei der Frau dies verschuldet, dieser auch als Erbfeind der Fruchtbarkeit betrachtet werden muß, so zeigt dies uns auch gleich, wo wir prophylaktisch anzusetzen haben, um die Zeugungsunfähigkeit der Eheleute zu bekämpfen, in der Behandlung der Gonorrhöe des Mannes, um durch dieselbe 1. nach Möglichkeit eine Epididymitis zu vermeiden, 2. bei eingetretener Epididymitis nach Möglichkeit darauf hinzuzielen, die lange Passage der Samenausführungsgänge wegsam zu erhalten, denn die Zeugungsunfähigkeit in der Ehe ist, das ist das Resultat aller diesbezüglichen Statistiken, in der Hauptsache verschuldet durch den Tripper des Mannes.

Grechen hat in seinen „Gynäkologischen Studien und Fragen“, Berlin 1890, die Folgen der ehelichen Zeugungsunfähigkeit nach Gonorrhöe auf Grund von 60 ausführlichen Krankengeschichten folgendermaßen übersichtlich geordnet:

A. Absolute Sterilität.

I. Männlicherseits.

1. Aspermatismus.
2. Azoospermie.

II. Weiblicherseits.

Endometritis atrophicans.

B. Relative Sterilität.

I. Männlicherseits.

1. Epididymitis duplex.
2. Strictura impermeabilis urethrae.

II. Weiblicherseits.

1. Perioophoritis.
2. Pyosalpinx.

Aus dem angeführten Zahlenmaterial wird uns verständlich die Wirkung der Gonorrhöe auf die Zeugungsfähigkeit der Geschlechter, besonders des Mannes und, wenn wir hin und wieder bei Epididymitis doch befruchtungsfähiges Sperma finden, so sind dies jene Fälle, wo die zurückbleibenden fibrösen Knoten mehr im Caput epididymitis als in der Cauda sitzen, denn im ersteren Falle ist eine Durchleitung von Sperma noch möglich, im letzteren Falle nicht.

Die Wichtigkeit der Azoospermie als Ursache der ehelichen Kinderlosigkeit wird uns aber erst deutlich vor Augen gerückt, wenn wir bedenken, daß Kinderlosigkeit ein Grund zur Anfechtbarkeit der Ehe ist.

Leider ist „die Ursache der Azoospermie als Grundlage der Unfruchtbarkeit der Ehe immer mehr ins Bewußtsein des Publikums, insbesondere der Großstädte," gedrungen, wie Fürbringer meint. Vielleicht mag dies für die besten Kreise einer Großstadt wie Berlin zutreffen, für den allergrößten Teil des Publikums, auch der größeren Städte, sicher nicht. Im Gegenteil, der Mann, der vom Arzt erfährt, daß sein früherer Tripper die Ursache der Zeugungsunfähigkeit ist, hat ja alle Ursache, dies nicht zur öffentlichen Kenntnis zu bringen. Nach meinen Erfahrungen bitten die allermeisten Ehemänner, ihren Frauen gegenüber den wahren Sachverhalt zu verschweigen, ja, sie verlangen oft, nicht einmal zu sagen, daß bei ihnen der Grund der Kinderlosigkeit zu suchen ist, weil der Gedanke des Vorwurfs von seiten der Frau, durch „Jugendsünden" das Eheglück nach dieser Richtung hin vernichtet zu haben, für sie keineswegs angenehm ist.

In allen Fällen bleibt für uns Ärzte das wichtigste: Der Mann ist der primär schuldige Teil an der Kinderlosigkeit der Ehe, und die Frau erst sekundär durch die Infektion seitens des Mannes.

Das Alter der den Arzt wegen Zeugungsunfähigkeit konsultierenden Patienten ist naturgemäß das der Zeugungsfähigkeit überhaupt, also vom ca. 25.—45. Lebensjahre.

Was das Hodensekret, das Sperma anbetrifft bei Patienten, die schon vor längerer Zeit an Epididymitis duplex gelitten haben, so bekommt die Frage nach dem Spermatozoengehalt eines solchen Spermas in neuester Zeit erhöhte Wertschätzung, seitdem Döderlein („Über künstliche Befruchtung" in der Münchener medizinischen Wochenschrift 1912, 20) darauf hingewiesen hat, daß man durch Punktion des Testikels demselben Spermatozoen zur künstlichen Befruchtung entnehmen könne. In der „Therapie" werde ich näher darauf zurückkommen. So viel ist sichergestellt, daß nach Abschluß der Leitungswege des Spermas aus dem Hoden eine Eindickung dieses Spermas in den Hodenkanälchen stattfindet, dadurch die Spermatozoen nach mehr oder weniger kurzer Zeit der fettigen Metamorphose anheim-

fallen. Es ist aber anzunehmen, daß noch lange Zeit danach die Spermatozoenbildung in den Hoden andauert. Wir sind ja heute über die Genese der Samenfäden noch nicht völlig aufgeklärt. Sie gehen aus den Samenzellen, den Spermatogonien, von Ebner „Spermatoblasten" genannt, während der Zeit der geschlechtlichen Tätigkeit hervor (vgl. Bd. I: „Die Zeugung beim Menschen", S. 62).

Die Spermatogenese ist aber wahrscheinlich auch nach der Epididymitis, wenn vielleicht auch bezüglich der Quantität eine herabgesetzte, so doch erhalten. Doch müssen erst noch weitere Forschungen hierüber Aufklärung geben.

Diagnose.

Verdächtig ist es, wenn ein Ehepaar oder eine Frau wegen Zeugungsunfähigkeit zum Arzt kommt mit der Angabe, daß beide Ehehälften absolut keine Erklärung für die Kinderlosigkeit finden können resp. gar schon, wenn die Frau allein wegen Sterilität behandelt worden ist (Stenose des Muttermundes) In solchem Falle hat der Arzt doppelte Ursache, an Azoospermie als an die Ursache der Kinderlosigkeit zu denken.

Sodann ist erforderlich:

1. eine genaue Anamnese bezüglich aller Genital- und besonders Hodenerkrankungen, wobei man nicht allein an Lues und Gonorrhöe denke, sondern auch an Parotitis. Ich sah einmal eine Orchitis duplex bei Parotitis epidemica bei einem 28jährigen Manne!

2. ist erforderlich eine genaue Untersuchung der Genitalien, besonders der Nebenhoden auf Infiltrationen, Verdickungen usw. Besonders ist zu achten auf den Sitz derselben, da, wie gesagt, solche im Schwanz des Nebenhodens eine Fruchtbarkeit absolut ausschließen, solche im Kopfe des Nebenhodens eine Passage noch ermöglichen, wenn sie auch nicht gerade wahrscheinlich ist.

3. das wichtigste ist die mikroskopische Untersuchung des Ejakulates, denn die Diagnose ist ja überhaupt nur so zu stellen. Ein Autor, Pincus (Deutsche medizinische Wochenschrift 1905, 39), geht sogar so weit, zu sagen, daß Unterlassung der Spermauntersuchung und alleinige Behandlung der Frau Anklage wegen fahrlässiger Körperverletzung zur Folge haben könne. Diese mikroskopische Untersuchung ist sehr einfach. Man lege eine geringe Spur des Ejakulats auf den vorher mit Äther oder Spiritus gereinigten und rein getrockneten Objektträger, den man am besten über einer Spiritusflamme etwas (auf etwa Körpertemperatur) erhitzt. Bei Erwärmung durch Einlegen in warmes Wasser muß peinlichst sorgfältig abgetrocknet werden, weil Wasser ein Gift für die Beweglichkeit und Lebensfähigkeit der Spermatozoen ist. Man bedecke mit einem gereinigten, ebenfalls etwas

erwärmten Deckgläschen und untersuche mit einer mittelstarken Trockenlinse. Für die Epididymitis duplex genügt eine einzige Untersuchung, weil die Azoospermie hier fast immer ein permanenter Zustand ist. Ist die Azoospermie bedingt durch Orchitis luetica, ist allerdings mehrmalige Untersuchung in größeren Zwischenräumen — und was die Hauptsache — nach intensiven Hydrargyrumkuren erforderlich.

Hauptbedingung ist, das Sperma möglichst frisch und schnell nach der Ejakulation zu bekommen.

Wie erhält der Arzt das zu untersuchende Ejakulat?

Die Antwort ist eigentlich sehr einfach, und der von manchen Autoren betonte moralische, d. h. die Moral verletzende Standpunkt, der im Abfordern des Ejakulats auf bestimmte Weise liegen soll, existiert nicht für den Arzt, der eine genaue Diagnose stellen will. Man sage dem Kranken einfach: Ich muß Ihr Sperma frisch untersuchen! Nach meinen Erfahrungen wollen dann — entgegen denen Fürbringers — die meisten Patienten nähere Details darüber wissen, wie sie das anzufangen haben. Ich sage den Patienten einfach Coitus condomatus mit absolut reinem Kondom. Ich habe allerdings gefunden, daß bisweilen die Anwendung des Kondoms — mehr von seiten der Frau als des Mannes — perhorresziert wird. In diesem Falle rate ich Coitus interruptus und Ejakulation des zurückgehaltenen Spermas in ein eigens zu diesem Zwecke mitgegebenes angewärmtes Uhrschälchen oder leeres, gut gereinigtes Glasröhrchen von irgendwelchen medizinischen Tabletten und Überbringung desselben möglichst frisch zur Sprechstunde. Koitus wird also möglichst früh oder nachmittags vor der Sprechstunde ausgeübt und das Kondom resp. das Röhrchen, gut in Watte verpackt, sofort dem Arzte überbracht. Nicht zustimmen kann ich der Fürbringerschen Vorschrift: Auspressung des Restes aus der Harnröhre post coitum, weil dieses Sperma mehr oder weniger mit Urin gemischt ist, z. B. bei Oligozoospermie vielleicht doch die Lebensfähigkeit der Spermatozoen herabsetzen resp. Destruierungsprozesse derselben einleiten kann. Wenn ein Coitus condomatus, das einfachste, angeordnet wird, ist dem Patienten auch anzuraten, das Kondom nicht auszuwaschen.

Als Zeit, innerhalb welcher das Sperma dem Arzte post ejaculationem zu überbringen ist, ordne ich eine Stunde an, obgleich auch nach zwei Stunden das Resultat noch brauchbar ist.

Bisweilen wird es nicht anders möglich sein als per Masturbation das Sperma zu bekommen, in Fällen, wenn der Arzt von auswärtigen Patienten konsultiert wird und seine Gattin nicht mitbringt. Eine Versendung des Präparates ist stets zu perhorreszieren, weil es in kurzer Zeit unbrauchbar wird zur Diagnose. Hier ist eine Masturbation nicht zu umgehen.

Pollutionssperma ist, weil es kein klares Bild von den Sekretionsprodukten der Keimdrüsen gibt, möglichst nicht zu verwenden. Ebenso ist der von Paul Müller gegebene und von vielen Gynäkologen akzeptierte Rat, nach einem normalen Koitus das in die Scheide ejakulierte Sperma dieser zu entnehmen und zu untersuchen, meines Erachtens ganz verfehlt, weil der sauer reagierende gesunde Vaginalschleim auf die Lebenskraft der Spermatozoen abschwächend einwirkt und ein krankes Vaginalsekret erst recht die Spermatozoen beeinträchtigt.

Zum Schluß gibt Fürbringer einen praktisch noch recht wichtigen Rat. Die Sterilität ist, wie schon gesagt, ein Grund zur Anfechtbarkeit der Ehe, d. h. daß dieselbe, als von vornherein nicht bestanden, rückgängig gemacht werden kann, wobei erforderlich, daß die Sterilität schon beim Eheabschluß bestand und dies bewiesen werden kann (nach § 1333 BGB.).

Wenn daher sterile Ehegatten wegen der Sterilität gern getrennt, aber nicht als schuldiger Teil angesehen werden möchten, kommen sie zum Arzt mit fremdem — gesunden Sperma und bitten dann den Arzt um ein Zeugnis, ob sie steril sind oder nicht. Der in diesem Falle ein Zeugnis ausstellende Arzt würde ein grobes Versehen, wenn auch getäuscht, auf sich laden, wollte er in einem solchen Falle das Zeugnis ausstellen auf Fruchtbarkeit. Das beste ist daher, er stellt, wenn das Sperma nicht in seiner Gegenwart gewonnen wird, was wohl äußerst selten der Fall sein dürfte, wenn ein Zeugnis gefordert wird, ein solches aus über das von Herrn X. ihm . . . überbrachte Sperma. Derselbe Autor erwähnt, daß einmal ein Ehegatte sein Zeugnis benutzt habe, um seine schwangere Frau vor Gericht als Ehebrecherin zu entlarven! Also Vorsicht! Die

Prognose

der Azoospermie richtet sich nach der Ätiologie. Da aber die Azoospermien durch Orchitis luctica, durch Adipositas sehr selten sind, ist die Prognose fast durchweg eine infauste. Es könnte höchstens dann, wenn der Sitz der Knoten im Kopf des Nebenhodens ist, wenn sie nicht sehr groß sind, wenn die Erkrankung erst kurze Zeit her ist, nicht über 5 Monate (Fürbringer hält schon nach 3 Monaten Dauer die Prognose für eine pessima), und wenn eine richtige Behandlung (vermittels feuchtwarmer Einpackungen) vorausgegangen ist, die Prognose als dubia hingestellt werden. Denn daß der Nebenhodenschwanz wieder durchgängig wird, ist vollständig ausgeschlossen, daß der Nebenhodenkopf wieder durchgängig wird, gehört zu den größten Ausnahmen. Im Verhältnis von 9 : 1 ist die Prognose eine absolut infauste, und wer jemals an der Leiche die unendliche Länge der Samenleitungswege sich klar gemacht hat und andererseits bedenkt, daß nur

eine einzige kleine Obliterationsstelle genügt zum vollständigen Abschluß der Spermatozoen, wird dies leicht verstehen.

Fast ebenso trist ist die Prognose bei doppelseitiger Hodentuberkulose, weil hier meist das ganze Gewebe mehr oder weniger zerstört ist, hingegen bedeutend besser bei doppelseitiger Orchitis luetica. Aber eine solche ist recht selten. Die triste Prognose ist daher Regel, die günstige seltene Ausnahme.

Übrigens ist für manchen Patienten die Prognose, keine Kinder zu bekommen, durchaus keine schlechte. So behandelte wohl jeder Arzt einmal Patienten (selbst verheiratete), denen die Aussicht, keine Kinder mehr zu bekommen, sei es ehelich oder unehelich, durchaus angenehm ist. Die

Therapie

ist, entsprechend der Prognose, eine relativ aussichtslose, obgleich in neuester Zeit einige Behandlungsmethoden, wenn rechtzeitig angewandt, eine kleine Aussicht auf Erfolg versprechen. Das beste ist auch hier die Prophylaxe während der Behandlung der akuten Epididymitis.

Die Therapie muß sich nach den einzelnen Formen der Azoospermie, d. h. nach den ätiologischen Faktoren, richten.

1. Die Therapie der direkten Hodenerkrankungen

a) der Orchitis luetica ist meines Erachtens bis heute noch die aussichtsvollste aller Azoospermien, weil wir hier durch eine spezifische Allgemeinkur mit Hydrargyrum, Salvarsan und Jod, besonders lokal Ungt. hydrarg. ciner. (33%) eingerieben, recht gute Erfolge zeitigen können, besonders bei Beginn der Erkrankung. Die Gummata der Hoden kommen sowohl zu Beginn als auch in der späteren Zeit, der tertiären Periode, vor.

b) Die Behandlung der Funktionsstörungen der Hoden bei Allgemeinerkrankungen, wie Phthise, Diabetes, Adipositas, ist eine Behandlung dieser Erkrankungen selbst. Besonders bei allgemeiner Fettsucht ist die Therapie eine recht günstige und dem Patienten Heilung in Aussicht zu stellen. Nur ist diese Form recht selten.

c) Das Azoosperma infolge masturbatorischer oder anderer sexualer Exzesse ist ein vorübergehender Zustand und bedarf keiner Therapie außer Abstinenz (sit venia verbo) von einigen Tagen.

d) Bei Azoospermie infolge Reitens Verbot desselben, event. Berufswechsel.

Die

Therapie der Azoospermie durch Verlegung der Leitungswege

ist eine recht aussichtslose. Die tückischen Folgen der Gonorrhöe

sollten uns lehren, 1. **jedem** männlichen Patienten, der zu uns kommt mit frischer Gonorrhöe, das Tragen eines Suspensoriums dringend anzuempfehlen, und zwar Tag und Nacht. Es ist gleich, welche Art von Suspensorium genommen wird. Die Hauptsache ist, daß es den Hoden gut trägt. Man wende nicht ein, daß für gewöhnlich ja nur ein Hode erkranke. Wie leicht kann eine zweite Gonorrhöe affiziert werden mit Epididymitis der anderen Seite. Das Anraten eines gut passenden Suspensoriums sollte ebenso auf jeden Fall zur Verordnung bei Gonorrhöe gehören, wie das Verbot des Alkohols und reizender Speisen. Ist aber die Epididymitis auch nur einseitig aufgetreten, ist 2. Pflicht des Arztes, die richtige Therapie bezüglich möglichster Verhütung von Obliteration der Samenstränge einzuleiten. Eine solche, nämlich feuchtwarme Einpackungen, kann hin und wieder noch prophylaktisch wirken, d. h. die Obliteration verhüten. Am besten macht man dieselbe so, daß man ins Suspensorium Guttaperchapapier, Makintosh oder derartiges in dieses eine Schicht mit warmem Wasser oder Tee angefeuchtete Watte, in das Ganze das Skrotum hineinlegt und das Suspensorium so, daß der Makintosh möglichst luftdicht abschließt, anlegt. Für den Penis wird ein Loch eingeschnitten. Man wird auch von den Patienten hören, daß dieser feuchtwarme Verband im Suspensorium die Schmerzen gelindert. Porosz meint, daß bei schwerem Stuhlgang es zu einem Stauungsödem in dem anderen Hoden kommen könne, also zu einer Epididymitis sympathica (Monatshefte für praktische Dermatologie 1901, 33).

Heute ist bei akuter Epididymitis — leider — die Eisbehandlung wohl noch am meisten angewandt. Auch Finger macht, mit Recht, darauf aufmerksam, daß die Eisbehandlung auf das entschiedenste zu perhorreszieren ist. Sicher gehen bei ihr die akut entzündlichen Erscheinungen schneller vorüber, dadurch wird der Patient schneller schmerzfrei, sicher tritt aber auch die Obliteration der Samenkanälchen ein. Ich halte ein innerlich dargereichtes Antineuralgikum, wenn große Schmerzen vorhanden, für richtiger bei gleichzeitig feuchtwarmen Prießnitzeinpackungen der Hoden und Umhüllung mit Guttaperchapapier usw. Jedenfalls geben dieselben quoad resorptionem das günstigste Resultat. Allerdings dauert diese Behandlung durchschnittlich 1–2 Wochen länger als die Eisbehandlung, die meines Erachtens nur bei älteren Patienten von 50 Jahren und darüber angezeigt ist. Es sollte jeder jüngere, auch an einseitiger Epididymitis erkrankte Patient ruhig im Bett gelassen und einige Zeit bei Bettruhe der feuchtwarmen Umschlägebehandlung mit Hochlagerung des Skrotums unterworfen werden. Die Frickeschen Heftpflasterverbände über den resp. die geschwollenen Hoden perhorresziere ich gänzlich.

Sind die akut entzündlichen Erscheinungen vorüber, so lasse ich

noch 30° R warme Hodenbäder und Einreibungen mit Jodjodkalisalbe vornehmen (Jodi puri 0,2, Kal. jodat. 0,50, Vasel. fl. ad 30,0). Auch Jothionsalbe ist recht empfehlenswert. Das Jothion (Dijodhydroxypropan) ist ein Präparat mit 80% organisch gebundenem Jod für äußere Anwendung, es entfaltet ein starkes Penetrationsvermögen und große Resorptionskraft, und zwar als 5prozentige (— 10prozentige) Salbe (Jothion 1,5, Vasel. flad ad 30,0, Mf. ungt.). Nur auflegen oder ganz leicht einreiben lassen. Bisweilen allerdings gibt es leichte Reizungserscheinungen. Franck empfiehlt Moorumschläge und Thermophor.

Später kann man noch Thiosinaminbehandlung versuchen. Dieses Mittel soll ja narbige und fibröse Gewebe auflösen, am besten subkutan oder intramuskulär injiziert, nach folgender Formel: Thiosinamin, Glycer. āā 3, Aqu. ad 30,0. Zweimal pro Woche je 2,0 injiziert (in die Nates), einige Wochen hindurch. Th. F. Becker benutzt schwache galvanische Ströme zur Verhinderung von Entwickelung von Infiltraten. Einleuchtend ist mir diese Behandlung nicht. Asch hat kolloidale Silber(„Elektrargol")injektionen empfohlen. Mir gehen darüber Erfahrungen ab.

Ich halte obige Behandlung noch für die beste. Groß ermutigend waren meine Resultate allerdings auch nicht, halte vielmehr das Wiederfreiwerden der Samenleitungswege mehr für einen Glücksumstand und die Angaben von Benzler („Über Unfruchtbarkeit nach doppelseitiger Hodenentzündung", Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1897), daß 77% aller doppelseitigen Epididymitiker wieder zeugungsfähig werden sollen, kann ich heute noch nicht verstehen. Eine event. eintretende Schwangerschaft seitens der Ehegattin kann ich, solange Azoospermie vorherrscht, nicht als Beweis ansehen, daß der Mann wieder zeugungsfähig ist, sondern nur als Intervention eines Dritten.

Mehrere Autoren halten die Janetschen Spülungen für absolut sicher zur Verhütung von Epididymitis. Dem kann ich nicht beistimmen, gleichviel ob man Kal.-permang.-Lösung, Silbersalze oder irgendwelches Medikament nimmt. Diese Spülungen sind ebensowenig absolut sicher zur Verhütung von Epididymitis wie die Spülungen als Abortivkur kurze Zeit nach der Ansteckung, die von Goldberg, Wossidlo u. a. so warm empfohlen wurden. Ebensowenig verbürgt innere Medikation, wie Gonosan, Gonorol, Thyresol, Arhovin usw. Vermeidung einer Nebenhodeninfektion.

Andere Autoren haben zu diesem Zweck Massage angewandt. Seeligmann und Zabludowski („Zur Therapie der Erkrankung der Hoden und deren Adnexe", Zentralblatt für Erkrankungen der Harn- und Sexualorgane 1903) haben dieselbe ausgebildet, und zwar in Form von melkenden Streichbewegungen der Samenstränge und Nebenhoden und von drehenden Bewegungen. Selbst Finger meint, daß ganz frische

Infiltrationen dadurch wegsam würden. Ich habe keine Erfahrung. Orlowski will durch Galvanisationen von 4—5 Milliampere, 20 bis 30 Minuten lang, alle 3 Minuten Stromwechsel, „erstaunliehe Effekte" erreicht haben. Ich habe niemals Elektrizität zu diesem Zweck angewandt. Ich kann aber nicht verstehen, wie dieser Autor meint, daß der galvanische Strom ein Zurückgehen der Infiltration und Wegbarmachung der Samengänge hervorbringen soll, hingegen, daß man für die Wärmebehandlung der Epididymitis nicht einmal „wenigstens plausible Wahrscheinlichkeitsgründe" anzuführen vermöge. Mir erscheint die durch feuchte Wärmeumschläge hervorgebrachte Aufsaugung und Resorption plausibler als eine solche durch Galvanisation.

Da alle diese Behandlungsmethoden keine glänzenden Resultate gezeitigt haben, ist man sehr bald auf die

chirurgische Behandlung der Epididymitis

verfallen, die aber ebensowenig vermochte. Man versuchte, schon während des Bestehens der Epididymitis einzuschreiten. So empfahl Bazet (American Journal of urology 1905) eine „Epididotomie", d. h. eine therapeutische Inzision in die Induration. Er glaubt, gestützt auf 65 Fälle, daß dieses Vorgehen nicht bloß die Verhärtungen und Knoten, sondern auch die Azoospermie günstig beeinflußt habe. Ich kann daran nicht glauben aus anatomischen Gründen. Bogoljuboff (Zentralblatt für Chirurgie 1904, 21) hat experimentell bei Tieren durch Exzision und Vernähung eine Anastomose zwischen Kopf des Nebenhodens und Vas deferens hergestellt, und einige Autoren wollen auch beim Menschen dementsprechende Operationen mit Erfolg durchgeführt haben.

So berichtet dies Quinby (Boston Journal 1906, 8, „Sterility in the male, its operative treatment when due to bilateral epididymitis"), Martin („Operation for azoospermia", Journal of cutan. and genitourin. diseases 1902), Carnett, Lewis, Pennington u. a. Ich habe einen solchen Fall von künstlicher Anastomosenbildung gesehen, operiert von einem berühmten deutschen Chirurgen, aber ohne Erfolg.

Der Ansicht, daß der Schnitt allein schon zu einer neuen Obliteration des engen Lumens führen muß, steht, wie Fürbringer mitteilt, entgegen, daß man die Operation mit Erfolg bei Tieren gemacht habe mit Einnähung von Pferdehaaren. Dieser Autor, der wohl über die größten Erfahrungen auf dem Gebiete der Azoospermie verfügt — er hat über 1000 Fälle gesehen —, hat die Patienten mehrfach einer „chirurgischen Revision" unterziehen lassen, d. h. der Freilegung der Knoten und Spaltung der Kanäle behufs Entnahme des Inhalts. Er fand nie lebende Spermatozoen, sondern dieselben der fettigen Metamorphose verfallen. Ich halte es für sehr schwer, ja für fast unmöglich, daß es je gelingen werde, das obliterierte Stück herauszuschneiden und eine

künstliche Anastomose zwischen den noch durchgängig gebliebenen Stücken zu schaffen, weil wir ja gar nicht wissen, wie weit die Verklebungen ins Vas deferens sich erstrecken können, bis zur Obliteration der Ductus ejaculatorii, die Finger dreimal an der Leiche nachwies. Denn auch ohne groß sichtbare äußere Zeichen kann eine Funikulitis stattgefunden haben, ja wird wahrscheinlich meist schon vorhanden sein, nur daß wir sie nicht äußerlich nachweisen können. Es ist meines Erachtens bei den ungemein zahlreichen, vielfältig verschlungenen Samengängen in der Epididymis durch Exzision des Knotens und wirklich erreichter Anastomosenbildung der freien Endstücke durchaus noch gar nicht gesagt, daß die nicht exzidierten Stücke alle durchgängig sind, denn es dürften weiter oben nach dem Samenstrang und Vas deferens zu noch manche, nur nicht diagnostizierbare Verklebungen des Lumens der Samenstränge vorhanden sein. Der Hoden wird wahrscheinlich meist noch eine Zeitlang, zirka ein Jahr, funktionstüchtig bleiben, wenigstens sah Hawkins hin und wieder nach Jahren noch lebende Spermatozoen. Neuerdings haben Hook, Enderlen, Bardenheuer, Vuillet, Boari u. a. durch Tierversuche nachgewiesen, daß die Anastomosenoperationen neue Wege schaffen können. Ein solcher Erfolg wäre beim Menschen immerhin ein recht großer Zufall. Lynn-Thomas hat einem Patienten die Samenleiter, die vorher durchschnitten worden waren, wieder zusmmengenäht, und die Frau des Patienten wurde schwanger. Was will das aber besagen gegenüber den verzweigten Obliterationen bei Epididymitis duplex! Und doch ist es neuerdings dem amerikanischen Autor Hagner gelungen, in zwei Fällen von Epididymitis bilateralis durch Martinsche Anastomosenoperation (Americ. Journal of urology 1908, III, 10) dem Ejakulat einen Ausweg zu schaffen. Die eine Frau wurde nach einem Jahre schwanger, bei der anderen erfolgte Fehlgeburt. Aber diese Fälle dürften solch exorbitante Ausnahmen sein, daß sie für die Praxis kaum in Betracht kommen, und ich meine, daß hier eine künstliche Befruchtung mit durch Punktion dem Hoden entnommenem Sperma und Zusatz von fremdem Prostatasaft weit mehr Aussicht auf Erfolg haben dürfte als diese Operation. Ich würde jedenfalls, auch weil sie bedeutend leichter durchzuführen, viel eher zu diesem Vorgehen schreiten, auf das ich gleich ausführlicher eingehen werde.

Wenn zwei italienische Autoren, Gatti und Ferrari, sogar so weit gegangen sind, selbst bei einseitiger Epididymitis den Hoden abzutrennen und ihn auf den anderen gesunden aufzunähen, damit die Funktionstüchtigkeit beider erhalten bleibe, so geht das natürlich ebenfalls wieder zu weit, denn es dürfte durch diese Operation der Funktionstüchtigkeit des vollständigen intakten Hodens eher geschadet als genutzt werden, da wir wissen, daß ein Hoden mehr als genügend ist zur Zeugung einer

14*

Unzahl von Kindern auch ohne die nicht überzeugende Rosenthalsche Lehre von der vikariierenden Tätigkeit des anderen Hodens bei einseitiger Oligo- oder Azoospermie. Eine solche Annahme ist bei der ungeheuren Spermatogenese der Hodenkanälchen wirklich nicht nötig.

Die Azoospermie ist also eine fast unheilbare, resp. die daraus entspringenden Folgen, die Unfruchtbarkeit. Wenigstens sind die Erfolge sowohl der chirurgischen Behandlung wie die der akuten Epididymitis recht triste. All die Behandlungen bezwecken ja auch keine „Heilungen" im eigentlichen Sinne, da eine Spermatogenese nicht im Nebenhoden stattfindet, sondern nur, daß die affizierten Stellen in ihren Kanälen wieder wegsam gemacht werden sollen für das Hodensperma.

Ich könnte das Kapitel schließen, wenn nicht in allerneuester Zeit eine neue Behandlungsmethode zur Behebung — nicht der Azoospermie, sondern der dadurch bedingten Sterilität in Vorschlag gebracht worden wäre, die künstliche Befruchtung. Ich habe dieselbe als einziger Autor in Band I der vorliegenden Zeugungsmonographien nach allen Seiten hin erschöpfend behandelt und muß daher darauf verweisen. Nun hat aber Döderlein, München (Münchener medizinische Wochenschrift 1912, 20), im Anschluß an eine mit Erfolg durchgeführte künstliche Befruchtung, gestützt auf die Iwanoffschen künstlichen Befruchtungsversuche bei Tieren, folgenden Vorschlag gemacht: dem durch Epididymitis gonorrhoica duplex azoospermisch gewordenen Mann durch Punktion des Testikels Spermatozoen zu entnehmen und sofort in die Uterushöhle der Frau zu injizieren.

Auf diesen Fall bin ich loc. cit. nicht eingegangen, weil ich eine künstliche Befruchtung in diesem Falle, wenn auch nicht für total aussichtslos, so doch für äußerst wenig aussichtsreich halte. In einem Aufsatz: „Über künstliche Befruchtung bei Epididymitis duplex" in der „Deutschen medizinischen Wochenschrift" 1912, 36, habe ich diesen Fall näher beleuchtet. Ich entnehme dem Aufsatz folgendes:

Für das Zustandekommen der Befruchtung ist, wie ich in Band I gezeigt, das wichtigste 1. das Hodensekret, 2. das Samenblasensekret und 3. das Prostatasekret.

1. Das Hodensekret mit seinen Spermatozoen ist naturgemäß eine Conditio sine qua non für die Befruchtung,

2. das Samenblasensekret soll nach Steinach die Fähigkeit haben, die Vitalität der Spermatozoen zu erhöhen, doch ist seine physiologische Bedeutung noch nicht genügend erforscht, hingegen ist

3. der Prostatasaft von größter Bedeutung für den Befruchtungsvorgang, weil er die Fähigkeit hat, „in spezifischer Weise das in den starren Spermatozoen schlummernde Leben auszulösen", wie Fürbringer zeigte, welche Funktion von Finger, Ellis, Ultzmann, Steinach, Mansell, Moulin, mir u. a. Bestätigung gefunden hat.

Besonders **Walker** hat durch umfassende Versuche am Hundesperma gezeigt, daß der Same aus Hoden und Nebenhoden bewegungslos ist, daß er, aus den Leitungswegen entnommen, nur wenig Bewegung zeigt, hingegen Sperma aus dem Hoden, mit Prostatasaft gemischt, Bewegung zeigte.

Diese **Fürbringer**sche Entdeckung zeigt uns, wie wir Ärzte uns in Erkrankungsfällen der Prostata bezüglich der Sterilitätsfrage zu verhalten haben. Sie zeigt uns aber auch, daß wir, **wenn wir nach dem Vorschlag von Iwanoff und Döderlein uns dazu verstehen wollen, eine künstliche Befruchtung mit aus dem Testikel entnommener Samenflüssigkeit vorzunehmen, dieser Samenflüssigkeit, eben weil den Spermatozoen darin die zur Befruchtung so außerordentlich notwendige Eigenbewegung fehlt, um diese anzuregen, gesunden Prostatasaft zusetzen müssen.**

Wenn wir nun aus den vorhergegangenen Statistiken sehen, daß ⅓ aller unfruchtbaren Ehen durch doppelseitige Nebenhodenentzündung des Mannes bedingt ist, können wir ermessen, was es heißen würde, wenn es uns gelänge, hier künstliche Befruchtung mit Erfolg vorzunehmen. Es könnten dann bis ⅓ aller bisher unfruchtbaren Ehen fruchtbar gemacht werden. Da die unfruchtbaren Ehen bisher 10% aller Ehen überhaupt ausmachen, kann man ermessen, welch herrliche Perspektive für uns Ärzte die Behandlung der ehelichen Sterilität haben würde.

Die oben geschilderten chirurgischen Vorgehen würden mit einem Male hinfällig werden. Wir hätten, um die **Fürbringer**schen Worte bezüglich der chirurgischen Revision hier anzuwenden, in dieser künstlichen Befruchtung „das Vorstadium einer einzig rationellen Therapie“ der ehelichen Sterilität vor uns.

Das dem Hoden direkt entnommene Sperma wird danach sehr wenig zur künstlichen Befruchtung sich eignen, weil den Spermatozoen der anregende Prostatasaft fehlt und die Bewegungsfähigkeit der Spermatozoen ja erst die Befruchtung sichert, da diese erst in den Tuben stattfindet und bis dahin die Spermatozoen wandern müssen. Nun ist ja, wie ich Band I der vorliegenden Zeugungsmonographien zeigte, das Sekret der Zervikaldrüsen für die Befruchtung hochwichtig, weil es, nach meinen daselbst niedergelegten Ansichten wenigstens, wahrscheinlich ebenfalls eine gewisse chemotaktisch anregende Tätigkeit auf die Samenfäden ausübt und dadurch die Bewegungsfähigkeit derselben erhöht. Ich meine also, daß das Sekret der Zervikaldrüsen im weiblichen Genitale dieselbe Funktion entfaltet wie das Prostatasekret im männ-

liehen. Wir wissen aber noch nicht — und ich bezweifle dies —, daß die Bewegung auslösende Kraft dieses Zervikaldrüsensekretes eine genügende ist. Jedenfalls ist sie keine solch kräftige wie die des Prostatasaftes.

Eine weitere Frage ist, ob das Sekret der Hoden bei Epididymitis noch befruchtungsfähig ist. Daß das Sekret der erkrankten Nebenhoden sehr bald seine Befruchtungsfähigkeit verliert, die Spermatozoen in demselben verschwinden, wissen wir. So haben Balzer und Souplet, wie Fürbringer mitteilt, in 34 Fällen nach überstandener doppelseitiger Epididymitis, wo sie noch nicht ½ Jahr währte, nur dreimal Samenfäden im Ejakulat gefunden. Und schon 5 Monate nach der gonorrhoischen Infektion sollen nach Fürbringer genügen, „um jede Samenfädenbildung seitens der Keimdrüsen zu vernichten". Es ist aber anzunehmen, darauf deuten einige Hodenpunktionen in der Folgezeit nach Epididymitis hin, daß das Hodensekret sich noch längere Zeit hält. Jedenfalls verfallen die reifen Samenfäden in den Hoden, da sie nicht hinaustransportiert werden können, allmählich der regressiven Metamorphose.

Zur Entscheidung resp. Klärung unserer Frage wäre erforderlich, daß die dermatologischen Kliniken jetzt systematische Prüfungen des Hodensekrets, auch bezüglich der Zeit nach der Epididymitis, in bezug auf Azoo-, Oligo- und Normalspermie vornehmen würden.

Dazu fordern einerseits die an den Leichen gefundenen und oben mitgeteilten häufigen Befunde von Azoospermie in ungefähr ¼ aller Leichen auf. In der Hauptsache dürfte der Grund dieser Azoospermie in der durchgemachten Epididymitis zu suchen sein, die ebenfalls, wie die Spermatorrhöen, eine Herabsetzung der Funktionstüchtigkeit der Hoden, aber wahrscheinlich erst nach ca. 1 Jahre, herbeizuführen vermag.

Bei der „Nekrospermie" werde ich noch zeigen, daß sie dadurch bedingt ist, daß Prostatitis resp. Vesikulitis vorhanden war, deren Sekret nicht mehr imstande war, die Samenfäden zur Bewegung anzuregen. Diese Erkrankungen sind aber ebenfalls in der Hauptsache eine Folgeerscheinung der Gonorrhöe wie der Epididymitis. Mit anderen Worten: Wir müssen annehmen, daß, wenn Epididymitis vorliegt, fast immer auch eine Prostatitis vorhanden war. Wenigstens in einem Drittel bis zur Hälfte aller Fälle von Urethritis posterior gonorrhoica des Mannes findet man eine solche Prostatitis. Bei der topographischen Lage der Ausführungsgänge der Prostata und der Ductus ejaculatorii in der hinteren Harnröhre, im Nebeneinanderliegen derselben ist es ja selbstverständlich, daß ebenso wie der Gonokokkus durch die Ductus ejaculatorii auf das Vas deferens und die Epididymis übergeht, er ebenso leicht durch das Orificium vesicae prostaticum auf die Prostata selbst übergehen kann und übergehen wird. Die Häufigkeit der Pro-

statitis gonorrhoica bei Urethritis ist daher kein Wunder. Fand doch Casper unter 100 Fällen von Urethritis posterior 85 Fälle von Prostatitis und Frank solche sogar in 100%, d. h. in den meisten Fällen von Epididymitis gonorrhoica duplex wird mit durchgemachter Prostatitis gonorrhoica zu rechnen sein, damit aber mit krankhaftem, alkalisch reagierendem, die Spermafäden nicht zur Bewegung anregendem Prostatasekret. Ein solcher alkalisch oder neutral reagierender Succus prostaticus hat nun aber gar keine resp. sehr wenig Schreinersche Prostatakristalle, die wir als spezifische Träger des Prostatins, des Erweckers der starren Spermatozoen und als Träger des spezifischen Spermageruchs durch Fürbringer kennen gelernt haben.

Wenn wir uns also auf die physiologische Tätigkeit des Zervikaldrüsensekrets zur Wiederbelebung der Spermatozoen nicht verlassen können, weil es in dieser Beziehung dem Prostatasekret wahrscheinlich nicht gleichwertig ist und, wenn wir ferner bedenken — ein sehr wichtiger Punkt, wie ich loc. cit. gezeigt —, daß das Zervikaldrüsensekret nur gebildet wird bei der sexuellen Erregung der Frau, dieselbe aber bei einer künstlichen Befruchtung wegfällt, wird man verstehen, warum ich bisher keine künstliche Befruchtung mit direkt dem Hoden entnommenen Sperma vornahm.

Wollen wir aber eine solche bei Epididymitis duplex versuchen, halte ich für unbedingt erforderlich:

1. daß dieselbe vorgenommen wird möglichst kurze Zeit nach durchgemachter Epididymitis, spätestens innerhalb eines halben Jahres nach derselben;

2. eine mikroskopische Untersuchung des dem Hoden unmittelbar entnommenen Sekrets auf Spermatozoengehalt, ob noch gut ausgebildete Spermatozoen in genügender Anzahl vorhanden sind, vorzunehmen;

3. den Patienten Coitus condomatus vornehmen zu lassen — oder noch besser, demselben mittels Feleki vom Mastdarm aus die Prostata auszudrücken und den auf einem desinfizierten Uhrschälchen aufgefangenen Prostatasaft zu untersuchen:

a) auf Gonokokken,

b) auf Spermageruch,

c) auf Böttchersche Spermakristalle (durch Zusatz von Ammoniumphosphat),

d) dem Hodensekret Prostatasaft zuzusetzen, um zu sehen, ob derselbe in den Spermatozoen Leben und Bewegung auslöst.

Ist der Prostatasaft gonokokkenfrei, hat er Spermageruch, Böttchersche Kristalle, vermag er die Spermatozoen in lebhafte Bewegung zu versetzen und hat der Hoden wohl ausgebildete Spermatozoen in genügender Menge, so sind die Bedingungen zur Vornahme einer künstlichen Befruchtung erfüllt und kann dieselbe von Erfolg sein.

Was aber ist zu tun, wenn der Hodensaft noch genügende normale und gut ausgebildete Spermatozoen aufweist, der Prostatasaft aber nicht brauchbar ist?, sei es, daß er gonokokkenhaltig, sei es, daß er infolge krankhafter Veränderungen nicht mehr fähig ist, genügend Prostatin zu bilden zur Belebung der Spermatozoen.

Wenn man aber nun so weit vorgegangen ist, bei Fehlen von Epididymitis duplex eine Befruchtung mit fremdem Sperma, nicht dem des Ehegatten, vorzunehmen (ein Fall von Fürbringer, wo der Patient, selbst Arzt, seiner Frau ohne deren Wissen fremdes, im Brutofen erwärmtes Sperma injizierte, der andere, aus meiner Praxis, wo der Patient mit Wissen der Frau derselben fremdes Sperma injiziert hatte, in beiden Fällen ohne Erfolg), würde es, falls die Befruchtung mit aus dem Hoden entnommenem Sperma bei Epididymitis bewerkstelligt werden soll und es nur daran liegt, daß des Patienten Succus prostaticus nicht mehr gebrauchsfähig ist, kein allzu großer Schritt sein, zur Belebung der Samenfäden des doppelseitigen Epididymitikers diesem Sperma einige Tropfen Succus prostaticus eines Dritten zuzusetzen.

Denn, wenn man sich heute nicht scheut, Hauttransplantationen vorzunehmen mit der Haut eines anderen, sollte man auch nicht davor zurückschrecken, einem anderen gesunden, erwachsenen Manne etwas Prostatasaft auszudrücken und dem Hodensperma des doppelseitigen Epididymitikers zuzusetzen. Es ist meines Erachtens noch weit besser, der Ehegattin das Sperma des eigenen Ehegatten, wenn auch mit Prostatasaft eines Fremden wiederbelebt, zu injizieren, als total fremdes Sperma, besonders im Hinblick auf die psychische und physische Vererbung. Die Eltern hätten doch ein Kind, das von beiden abstammt. Der Succus prostaticus spielt ja in der Vererbungsfrage keine Rolle.

Natürlich müßte der Spender des Prostatasaftes vorher ärztlich untersucht und besonders sein Prostatasekret mikroskopisch geprüft werden.

Auch der Arzt könnte weit eher eine solche Befruchtung mit seinen sittlichen Anschauungen verantworten als eine mit fremdem Sperma.

Natürlich muß normales Polysperma mit gesunden Spermatozoen

im Hodensekret sich vorfinden, müssen beide Ehegatten wissen, daß fremder Prostatasaft benutzt werden soll und damit einverstanden sein, sowie nichts Unmoralisches dabei finden. Einem Ehepaar, daß psychisch unter der Kinderlosigkeit sehr leidet, daß vielleicht deshalb sich gegenseitig schon entfremdet, vielleicht gar schon mit dem Gedanken der Ehetrennung sich trägt, unter diesen Bedingungen zu einem Kinde zu verhelfen, wo alle Hoffnung auf ein solches hinfällig, kann für den Arzt als „Helfer" nicht nur nichts Unehrenhaftes, sondern nur ein Akt strenger Pflichterfüllung sein. So anerkennenswert auch die Adoption eines fremden Kindes vom sittlichen Standpunkt aus ist, ein mit Zuhilfenahme von fremdem Prostatasaft mit künstlicher Befruchtung erzeugtes Kind ist tausendmal der Adoption eines fremden Kindes vorzuziehen, eben weil dieses so gezeugte Kind beiderseits ein echtes, ein Kind vom eigenen Fleisch und Blut ist.

Dieses Verfahren ist, wenn überhaupt ausführbar, d. h. wenn der Hodensaft des Mannes noch gesunde Spermatozoen hat, meines Erachtens das zurzeit beste zur Behebung der Sterilität bei Epididymitis duplex.

Sollte dieses Verfahren bei Impotentia generandi infolge Epididymitis duplex Eingang finden in der medizinischen Welt, könnten noch manch andere Probleme dabei aufgerollt werden, wie, wer der Prostatasaftspender sein soll, ob die Frau verpflichtet ist, eine Befruchtung mit Hodensaft des eigenen Mannes, mit Prostatasaft eines anderen belebt, an sich vornehmen zu lassen behufs Hebung der Sterilität u. a. Diese Fragen habe ich loc. cit. beantwortet, außerdem hat sie Amtsgerichtsrat Dr. Wilhelm, Straßburg, vom juristischen Standpunkt aus beleuchtet (vgl. meinen Aufsatz: „Die künstliche Befruchtung bei Epididymitis duplex unter Beihilfe fremden Prostatasaftes vom juristischen Standpunkt", Reichsmedizinal-Anzeiger 1913, Nr. 7).

Würde es also gelingen, hier systematisch innerhalb eines halben Jahres nach der akuten Epididymitis künstliche Befruchtungen vorzunehmen, könnte sicher ein recht bedeutender Prozentsatz aller ehelichen Kinderlosigkeit behoben werden.

Noch auf einen Punkt, mehr aus Humanitäts-, als aus medizinischen Gründen, möchte ich meine Kollegen aufmerksam machen.

Es wird vielleicht dem einen oder anderen Arzt passieren, nachdem er durch mehrfache subtile Prüfung des Ejakulats Azoospermа, also totale Zeugungsunfähigkeit des Mannes, für immer festgestellt hat, daß die Frau des Ehegatten in Umständen zu ihm kommt. Was soll dann der Kollege machen, wenn der Ehegatte zu ihm kommt und sich dann als „Vater" oder „künftiger Vater" ihm vorstellt? Soll der Arzt sich blamieren oder die Ehre der Frau retten? Juristisch das richtigste wäre natürlich, ihm zu sagen: Ihre Frau hat Sie betrogen, das Kind

kann nicht das Ihrige sein, weil Sie auf jeden Fall unfruchtbar sind. Handle ein jeder Kollege in solchem Falle, wie er wolle. Ich halte es für das richtigste, wenn er zugibt, sich geirrt zu haben, also wider besseres Wissen sich zum — Unwissenden zu stempeln, es sei denn, daß der Gatte eine Anfechtungsklage oder Ehescheidungsklage oder — eine Entschädigungsklage gegen den Arzt anstrebt. Denn er könnte ja auch geheiratet haben aus dem Grunde, weil der Arzt ihm versichert, er bekomme keine Kinder. In einem solchen gerichtlich auszutragenden Falle ist es natürlich Selbsterhaltungspflicht des Arztes, die Wahrheit zu sagen, im anderen Falle aber würde ich — die Gattin schonen. Man wird da unwillkürlich an die Erzählung des französischen Chirurgen Boyer erinnert, der einem Manne, der sich dann später wieder verheiratete, beide Hoden entfernt hatte. Einige Monate darauf kommt Patient zu Boyer und sagt ihm: „Herr Professor, Sie haben mir versichert, daß ich keine Kinder mehr bekomme und — meine Frau ist schwanger, wie ist das möglich? Durch den Blick der Frau erweicht, erwidert dieser: „Einmal ist dies möglich, ein zweites Mal nie wieder!“ Die Antwort war hier wirklich wissenschaftlich exakt, denn die Befruchtung konnte noch stattgefunden haben durch Spermatozoen aus dem Samenblasensekret. Ich fürchte, die heutigen aufgeklärten Patienten der besseren Praxis würden mit diesem Ausspruch sich nicht zufrieden geben.

Durch solche Fälle gewitzigt und wohl noch mehr durch die Veröffentlichung von Fällen, wo nach Behandlung der Epididymitis wieder befruchtungsfähiges Sperma zum Vorschein gekommen sein soll — und solche Fälle sind möglich, wie ich oben sagte, wenn auch recht selten —, geben einige Ärzte, wie z. B. der bekannte französische Gynäkologe Pajot, den Rat, dem Patienten die event. Sterilität zu verschweigen, resp. den Mann mit einer möglichen Besserung zu vertrösten, anstatt ihm positiv zu sagen, er werde keine Kinder mehr bekommen, weil die Frau zu einer „kollateralen Schwangerschaft“ (ein idealer Name für einen lapsus uxoris!) gelangen könne, weil dieselbe unter solchen Verhältnissen nicht so selten sei und außerdem, weil ein junger Mann gar zu sehr deprimiert werde, wenn er erfahre, er besitze keine Spermatozoen. Kisch kann ein solches Vorgehen „mit der ernsten Verantwortung des Arztes nicht vereinbar“ finden. Er meint, daß man schonend den wahren Befund mitteilen und dem Ehepaar die Konsequenzen zu ziehen überlassen solle. Ich habe in meinen „Krankhaften Samenverlusten, Impotenz und Sterilität des Mannes“, S. 115, meine Ansicht dahin ausgesprochen, daß es viel richtiger ist, dem Patienten möglichst schonend die Wahrheit über den Stand seines Leidens, seine Unheilbarkeit und die Ursache desselben mitzuteilen .... je nach dem Charakter und dem Temperament des Patienten wird auch die Wirkung

der ärztlichen Aufklärung eine ganz verschiedene sein. In gewissen Fällen kann der Arzt nicht genug gewarnt werden, dem Patienten selbst in der allerschonendsten Weise die Ursache des Leidens mitzuteilen. Es gibt so schwermütige, reuig angelegte Naturen, daß eine offene Erklärung event. von schweren Folgen begleitet sein könnte. Würde der Arzt vielleicht den Jammer und das Elend, Ehescheidungsklage usw., die nach seiner Aufklärung über die beiden Ehehälften hereingebrochen, sehen, er würde viel vorsichtiger sein. Auch Fürbringer meint, daß es geraten sei, da, wo ein angängiges Examen eine schwere Reaktion befürchten ließ, den Hilfesuchenden im Unklaren zu lassen."

Interessant ist, wie der erwähnte Pajot in seinen „Klinischen Vorlesungen" darüber denkt. Er sagt wörtlich: „Einen Rat gebe ich Ihnen beiläufig. Bekommen Sie einen Menschen unter die Finger, der weder Spermatozoen noch Kinder hat, dann sagen Sie ihm niemals: ‚Kinder werden Sie nicht bekommen.' So bestimmt müssen Sie sich nicht ausdrücken. Sie wissen ja gar nicht, wie es hienieden kommen kann. Die Frau könnte eine Kollateralschwangerschaft akquirieren, eine Spielart, die unter den verschiedenen Uterinschwangerschaften aufzuzählen häufig vergessen wird; allein dennoch existiert sie . . . Drücken Sie sich zu bestimmt aus, so schädigen Sie in letzter Instanz nur sich selber. Der Ehemann kennt nur sehr selten seinen Mitarbeiter. Hernach bekommt seine Frau doch ein Kind, und was würde er dann denken, der Ehemann. Er würde sagen, ‚so ein Dummkopf von einem Arzt, dieser Ignorant, dieser Esel. Denke nur, mir hat er auf den Kopf zugesagt, ich würde niemals Kinder bekommen. Nun sieh mal, Ernestine!' Also Vorsicht, meine Herren. Prognosis semper incerta."

Neuerdings haben Pincus und auch Hammerschlag ihrer Meinung dahin Ausdruck gegeben, wenn vom Ehemanne Berufsgeheimnis gefordert wird, der Frau gegenüber der Möglichkeit einer Schwangerschaft recht vorsichtig zu sein, nicht gleich direkt total negativ sich auszudrücken, weil es sonst zu Ehescheidungen usw. kommen kann. Hegar und Fürbringer geben den Rat der Adoption eines Kindes.

Die Verzweiflung eines solchen zeugungsunfähigen Mannes möge folgender Fall aus meiner Praxis demonstrieren:

Ein 49 Jahre alter, mit einer 39jährigen Frau verheirateter Herr von auswärts wandte sich verzweiflungsvoll im wahrsten Sinne des Wortes an mich wegen künstlicher Befruchtung, obgleich eine bedeutende Autorität in P. ihm gesagt, daß er keine Spermatozoen habe. Er kam nach Leipzig. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein totales Azoosperma. Er bat mich um Herbeischaffung eines gesunden Mannes, der das Sperma zur künstlichen Befruchtung seiner Frau geben sollte. Ich verneinte die Erfüllung eines solchen Ansinnens und verwies ihn auf die Adoption. Antwort: „Niemals ein fremdes Kind. Lieber soll meine Frau mir untreu werden. Ich würde viel lieber ein im Ehebruch gezeugtes Kind aufziehen als ein fremdes adoptieren, denn dann wäre es doch wenigstens von meiner Frau echt." Weinend verließ der Mann mein Sprechzimmer. Seine Frau

leidet an melancholischen Depressionszuständen infolge der Kinderlosigkeit, da die allerletzte Hoffnung, die sie sich gemacht, die künstliche Befruchtung mit fremdem Sperma, von mir vernichtet wurde.

Ich habe S. 206 gesagt, daß Fürbringer den Rat gibt, man solle bei Abfertigung von Zeugnissen sein Testat über „das von Herrn X. . . . überbrachte Sperma" abgeben. Ebenso wichtig ist die Abfassung des Zeugnisses bei Eheanfechtungsklage infolge von Sterilität durch Azoosperma. Ein total vernichtendes Urteil über völlige Azoospermie zu geben, ist nur möglich nach **mehrmaliger** Spermauntersuchung. Ich schlage vor, in diesen Fällen innerhalb des ersten Jahres nach der Epididymitis duplex, heute zu testieren, daß Kinder in der Ehe bei normalem Verkehr nicht mehr zu erwarten sind, daß durch künstliche Befruchtung mit aus dem Hoden entnommenem Sperma eine Kindererzeugung bis $^{1}/_{2}$ Jahr nach der Erkrankung event. noch möglich ist. Sache des Richters ist es dann, ob er bei voller Impotentia coeundi, d. h. bei Erfüllung „der ehelichen Pflichten", die Impotentia generandi als Eheanfechtungsgrund anerkennen will oder nicht.

In welche Situation die Erklärung, daß Patient unfruchtbar sei, den Arzt bringen kann, möge folgender Fall aus meiner Praxis zeigen.

Vor langen Jahren konsultierte mich ein junger, intelligenter Mann, Mitte der Zwanziger, der verlobt war. Er wußte, daß doppelseitige Nebenhodenentzündung unfruchtbar mache und bat mich um Untersuchung des Spermas, indem er mir gleich sagte: „Von dem Resultat der Untersuchung hängt es ab, ob ich heirate oder nicht." Da Patient also in der Ehe event., wenn er keine Kinder bekam und von anderer Seite ihm später als Ehegatte gesagt worden wäre, Sie sind unfruchtbar durch doppelseitige Nebenhodenentzündung, mich verantwortlich gemacht haben könnte wegen falscher Angabe, war ich gezwungen, ihm offen zu sagen, daß ich in seinem Sperma keine Spermatozoen gefunden und er nach seiner Verheiratung wahrscheinlich kinderlos bleiben würde. Patient antwortete mir, daß er da auf eine Ehe verzichte.

Einige Tage später erscheint bei mir der Vater der Braut, um mir die bittersten Vorwürfe zu machen, denn ich sei daran schuld, daß sein zukünftiger Schwiegersohn die Verlobung gelöst habe, weil ich ihm erklärt, er werde in seiner zukünftigen Ehe keine Kinder bekommen. Seine Tochter sei unglücklich, und er mache mich für die event. Folgen regreßpflichtig.

Ich erwiderte demselben ruhig, daß das, was zwischen dem Verlobten seiner Tochter und mir besprochen worden sei, mein Berufsgeheimnis sei, daß ich aber nicht nur berechtigt, sondern, unbekümmert um die Folgen, verpflichtet sei, das Resultat meiner Untersuchung meinem Patienten mitzuteilen. Ich habe darauf nichts wieder von der Affäre gehört.

Das wichtigste Resultat, das wir Ärzte aus der vorgetragenen Lehre der Azoospermie durch Epididymitis ziehen müssen, ist, daß der Mann es ist, der die Gonorrhöe in weitaus der größten Mehrzahl der Fälle als Angebinde in die Ehe mitbringt. Er ist die primäre Ursache der Kinderlosigkeit, sei es, daß er durch Epididymitis duplex steril ist, sei es, daß er seine Frau durch gonorrhoische Infektion steril macht. Hier hat also die Prophylaxe der Sterilitas matrimonii zuerst einzusetzen. Das geschieht heute — leider erst in den Anfängen — durch die in die Wege geleitete Sexualpädagogik (näheres siehe Rohleder, „Grundzüge der Sexualpädagogik"). Leider stoßen wir hier noch auf viel Widerstand, auch von seiten der Lehrerschaft, die den Ernst der Situation, der Gefahren der Geschlechtskrankheiten, noch nicht erfaßt hat. So lange man im Volke den Tripper noch als eine „Kinderkrankheit" ansieht, die jeder „anständige" Mensch einmal durchgemacht haben muß, so lange also auch nicht im entferntesten der Ernst und die Schwere der Folgen dieser Erkrankung sich Bahn gebrochen haben, so lange werden wir auch keine große Besserung in der enormen Verbreitung der ehelichen Sterilität erwarten dürfen. Nur eine Belehrung darüber, in der Jugend begonnen, eben eine richtig geleitete Sexualpädagogik, kann hier Wandel schaffen.

III. Die Oligo- und Asthenozoospermie.

Man versteht darunter die Zustände, wo die Spermatozoen entweder in sehr verringerter Zahl oder sehr geschwächter Lebenskraft (verminderte Bewegungsfähigkeit) sich zeigen. Der Zustand ist meines Erachtens viel häufiger als man gemeiniglich hin annimmt, weil er den Übergang bildet zur Azoospermie, besonders im subakuten Entzündungszustande der Epididymitis.

Es ist anzunehmen, daß bei der Epididymitis resp. der Funikulitis, nachdem die ersten Entzündungserscheinungen vorüber sind und die aus graugelblichem Eiter, abgestoßenen Epithelzellen und Schleimmassen bestehenden Exsudate aufgesogen sind, das Lumen der Samenkanälchen einige Zeit durchgängig wird und dann erst eine Verklebung eintritt. In diesem Übergangsstadium würden wir vielleicht, wenn wir mikroskopische Untersuchungen der Ejakulate vornehmen würden, mehrfache Oligo- oder noch mehr Asthenozoospermie finden, welchen Zuständen sich nach Wochen resp. Monaten der der Azoospermie anschließt. Jedenfalls ist der Zustand kein seltener. Fürbringer fand unter 500 Azoospermisten 50 = 10% Oligo- resp. Asthenozoosperma, Kehrer sogar unter 29 Azoospermisten 11 = 38%. Pincus unter 384 Sterilitätsfällen 37mal, Busch an 100 Leichen 39mal Oligozoospermie, Fürbringer an 41 Leichen 17mal, Lehrich an 38 Leichen 7mal, Casper an Leichen von 33 Unglücksfällen 13mal, d. h. durch-

schnittlich in 10—38%. Daraus kann man ermessen, daß der Zustand ein keineswegs seltener ist. Andererseits kann er, in höchst seltenen Fällen, auch umgekehrt eintreten, wo nach Epididymitis die Samenkanälchen wieder gangbar werden, als Übergangsstadium von der Azoospermie zur Polyspermie. Keineswegs aber kann Oligozoosperma als ein dauernder Zustand bezeichnet werden, wenn einseitige Epididymitis vorhanden ist, wie Finger meint, also wenn Samenstrang und Nebenhoden der anderen Seite normal bleiben. Wer Sperma solcher einseitiger Epididymitiker untersucht hat, wird finden, daß kaum ein Unterschied in der Zahl der Spermatozoen gegen früher zu konstatieren ist. Man kann meines Erachtens hier nicht von Oligozoospermie sprechen. Wenn man des öfteren untersucht, wird man die normale Polyspermie seltener finden bei einem funktionstüchtigen Hoden als bei zweien; aber das Sperma ist bei einem Hoden ebenso normal funktionsfähig wie bei zweien. Die Angabe einer vikariierenden vermehrten Tätigkeit des gesunden Hodens bei Funktionsuntüchtigkeit des anderen durch Epididymitis ist noch nicht erwiesen. Ein Hode produziert so ungeheuer viel Spermatozoen, daß ich meine, es ist dem Arzt nicht möglich, wenn ihm ein Sperma vorgelegt wird, aus der Zahl der Samenfäden zu erkennen, ob Patient nur einen oder zwei funktionstüchtige Hoden hat. Ich habe mehrfach Ejakulate bei nur einem zeugungsfähigen Hoden untersucht und keinen Unterschied gegenüber dem von zwei zeugungsfähigen Hoden konstatieren können, wenigstens bei Personen im zeugungsfähigen Alter. Das Alter muß berücksichtigt werden, denn bei älteren Personen treten die Spermatozoen an Zahl doch etwas zurück.

Die Oligozoospermie ist ein Übergangsstadium im Alter! Dafür sprechen auch die schon früher angeführten Spermauntersuchungen von Duplay an Greisen, der bei 51 Greisen siebenmal normale Polyspermie, in 30 Fällen Oligozoospermie, verbunden mit Asthenozoospermie, in 14 Fällen totale Azoospermie fand. Will man hier Vergleiche anstellen, muß man immer Ejakulate von ungefähr gleichaltrigen Personen mit einem resp. beiden leistungsfähigen Hoden nehmen. Die Ribbertsche Lehre von der stärkeren Samenproduktion bei nur einem noch funktionstüchtigen Hoden ist jedenfalls nicht durch solche systematische Spermauntersuchungen gestützt, und das ist m. E. notwendig.

Ist die Oligozoospermie aber meist ein Übergangsstadium zur Azoospermie, so ist damit schon ihre triste Prognose gegeben, d. h. man muß bei einem solchen Patienten mit großer Wahrscheinlichkeit damit rechnen, daß in kurzer Zeit Azoospermie oder Nekrospermie eintritt.

Für gewöhnlich findet man bei Azoospermie auch Asthenozoospermie d. h. man sieht unter dem Mikroskop ein ganz charakteristisches Bild, neben vereinzelt sich normal bewegenden Spermatozoen einige wenige mit matten, schleichenden Bewegungen und dabei auch schon tote, d. h. solche mit eingerolltem Schwanz oder bloß Schwanzstücke allein, getrennt von Kopf usw. Natürlich ist hierzu erforderlich eine sofortige Untersuchung nach der Ejakulation.

Man könnte mir hier vielleicht noch einwerfen, bei der Oligo- und Asthenozoospermie kann doch noch eine Befruchtungsmöglichkeit gegeben sein, also gehören diese Zustände nicht in das Gebiet der Funktionsstörungen der Zeugung, aber gerade, weil dieser Zustand, wenigstens in weitaus der Mehrzahl der Fälle, der Vorläufer der Azoospermie ist, gehört er hierher.

Der Zustand der Oligo- resp. Asthenozoospermie kann aber auch nur ein vorgetäuschter sein, wenn das Ejakulat den weiblichen Genitalien post coitum entnommen ist, wie es P. Müller vorgeschlagen und wohl noch Gynäkologen tun. Wir wissen heute ganz genau, daß das saure Vaginalsekret ein Gift, und zwar ein starkes Gift für die Lebensfähigkeit der Spermatozoen ist, besonders für ihre Lokomotionsfähigkeit, daß es lähmend und wahrscheinlich auch direkt abtötend auf dieselbe wirkt. Das erklärt uns vielleicht auch, warum in einem einzigen Ejakulat Millionen von Spermatozoen sind, weil wahrscheinlich die meisten der Spermatozoen im sauren Vaginalsekret zugrunde gehen und daß wir gerade bei Entnahme des Ejakulats aus der Scheide so viel verkümmerte resp. destruierte Samenfäden finden. Es muß daher das saure Vaginalsekret ein chemisches Gift für die Konstitution der Samenfäden sein. Die verkümmerten, schwanzlosen und deformierten Gebilde, die Abknickungen und Aufrollungen der Schwänze, die Anhängsel am Schwanz- und Kopfstück können aber auch nicht genügend ausgebildete Produkte der Spermatogenese sein, denen durch irgendwelche, uns noch unbekannte Ursachen das Material zur gesunden und vollkommenen Ausbildung gefehlt hat. Dieses Gebiet ist heute noch viel zu wenig erforscht, als daß man von einer „Pathozoospermie“ neben der Azoo- resp. Oligozoospermie reden könnte. Was hier für physiologische und pathologische Verhältnisse in der Spermatogenese sich abspielen, wissen wir heute noch gar nicht. Ich halte diese Gebilde nicht für befruchtungsfähig, nicht für solche, die genügend Energie besitzen, um den synthetischen chemischen Prozeß bei der Verschmelzung von Samenfäden und Ei, namentlich die Teilungserscheinungen der Karyokinese, damit normale Befruchtung auszulösen. Wenn Fürbringer, Lier und Ascher „trotz vorwiegend dürftiger und dünnköpfiger Spermien nach Behandlung der Frau Empfängnis eintreten sahen“, so bedeutet das für die Befruchtungsfähigkeit dieser Gebilde

nichts, denn es ist wohl weniger anzunehmen, daß die wenigen anormalen Spermien es waren, die eine Befruchtung einleiteten, als daß vielleicht eher die Vermittelung eines anderen die Befruchtung eingeleitet hat.

Jedenfalls ist die Oligozoospermie kein dauernder Zustand bei einem Normalhoden, sondern die Polyspermie ein nur seltenerer Zustand als bei zwei Normalhoden. Die Oligozoospermie tritt besonders bei stärkerem Abusus sexualis, hin und wieder mit auf. Würde eine vikariierende Hyperplasie im Sinne Ribberts in dem einen Normalhoden eintreten, hätten wir eben ein ständige Polyspermie wie bei zwei Normalhoden, was in dem Maße bei einem Hoden wohl kaum der Fall ist.

Gerade deswegen sei man recht vorsichtig in der Diagnose, und zwar sowohl nach einseitiger Epididymitis als bei Beurteilung von der Vagina entnommenem Sperma. Ich habe es mir zum strikten Vorsatz gemacht, im ersten Falle nie nach einmaliger Untersuchung die Diagnose Oligozoospermie zu stellen, sondern mindestens zweimal das Ejakulat zu prüfen. Bezüglich des letzteren sagt Fürbringer nur allzuwahr: „Wir warnen vor allem vor voreiligen Diagnosen. So manche ‚Oligozoospermie' des Frauenarztes, der auf die Samentiere im Vaginalinhalt gefahndet, löste sich bei unserer Revision unter direkter Benutzung des Ejakulats als absolute Potentia generandi auf, da das letztere von wohlgebildeten, lebhaft sich bewegenden Spermatozoen wimmelte."

Die

Oligozoospermia per abusum sexualem et per onaniam.

Bevor es zur totalen Azoospermie kommt, beobachten wir die Oligozoospermie, die natürlich nur temporär ist. Bei starken sexuellen Exzessen ist sie gleichsam ein akuter Erschöpfungszustand der Hoden, gleichsam eine physiologische. Als solche finden wir sie bei außerordentlich stark masturbierenden jungen Leuten, dauert hier aber immer nur ein bis einige Tage an. Hier in der Jugend ist die Regenerationsfähigkeit eine viel größere als später. Vielleicht auch, daß die v. Gyurkovechkyschen Befunde von desto größerer Polyspermie nach Abusus sexualis sich dadurch erklären lassen, daß diesem Autor das Bild der relativen Oligozoospermie vorschwebte und er nun nach Ruhepausen im Vergleich zu diesem Bilde eine sehr starke Polyspermie fand.

Es müßte von den Sexualforschern mehr in Betracht gezogen werden, daß die Zahl der Samenfäden abhängig ist vom Alter des Betreffenden. Daß in den dreißiger oder gar vierziger und fünfziger Jahren die Regenerationsfähigkeit der Hoden keine so starke ist wie in den zwanziger Jahren, ist sicher. Nach starkem Abusus per masturbationem

zeigt sich dieser Erschöpfungszustand nicht bloß in einer temporären Oligo-, sondern auch in einer solchen Astheno- oder, wie ich noch richtiger sagen möchte, Pathozoospermie. Man findet hier viel unreife, noch nicht völlig fertig ausgebildete Samenelemente, vielleicht allzu schnelle Bildungsprodukte in den Hoden.

Sind auch diese Produkte quoad fecundationem prognostisch als nicht besonders günstig anzusprechen, so ist deswegen keine Prognose auf Sterilität zu stellen, da eine kurze Sexualabstinenz von einigen Tagen genügt, um dann bei erneuter Spermauntersuchung ein normales Sperma zu finden. Aber nur in diesen Fällen halte ich — entgegen Fürbringer — die Prognose für günstig und formuliere meine Ansicht bezüglich der Oligo- resp. Astheno(patho)zoospermia dahin, daß Formveränderungen der Samenfäden irgendwelcher Art, stark reduzierte Anzahl derselben und nur träge durch das Gesichtsfeld schleichende Spermien, vorausgesetzt, daß nicht starker Abusus sexualis vel masturbationis vorliegt, mit großer Wahrscheinlichkeit auf bevorstehende Azoospermie und damit auf Sterilität deuten. Die Träger solcher Spermatozoen sind zukünftiger Sterilität dringend verdächtig, jedoch sind mehrmalige Ejakulatsuntersuchungen zur Stellung einer genauen Prognose erforderlich.

Die Therapie der Oligozoospermie ist die der Azoospermie.

Die

IV. Nekrospermie.

Dieser Begriff ist von Finger in die Pathologie eingeführt worden. Er sagt loc. cit. S. 77: „Unter Nekrosperma verstehen wir jenen Zustand, wo ein völlig kohabitationsfähiger Mann ein Sperma ejakuliert, das wohl zahlreiche Spermatozoen enthält, diese aber schon im ganz frischen Ejakulate tot, bewegungslos oder nur sehr schwach beweglich, also sterbend angetroffen werden" und meint, daß der Zustand „durchaus nicht selten sei, aber nur relativ selten konstatiert werde".

Die ganze Lehre von der Nekrospermie ist nach diesem Autor begründet durch die Fürbringersche Lehre von der die Spermatozoen zur Eigenbewegung anregenden Tätigkeit des Prostatasaftes. Der Unterschied gegenüber all den bisherigen Zuständen beruht darin, daß bei der Oligo- resp. Azoospermie wenig oder gar keine Samenfäden vorhanden sind, bei der Nekrospermie aber in normaler Menge, nur in bewegungslosem toten Zustande. Der Ausdruck Nekrospermie dürfte, wie wir noch sehen werden, nicht immer ganz zutreffend sein, dafür bisweilen der Ausdruck Pseudonekrospermie am Platze sein. Die Asthenozoospermie kann event.

ein Vorläufer der Nekrospermie sein, wenn die mikroskopische Untersuchung Spermien in genügender Anzahl normal, kräftig ausgebildet, nur mit schwacher Lebenskraft resp. im Absterben begriffen ergibt. Allerdings glaube auch ich nicht an eine Pseudonekrospermie in dem Sinne, daß im frischen Ejakulat die Spermatozoen nur starr sind und durch irgendwelche Reagentien oder Prostatasaft zum Leben erweckt werden können. Dieser Zustand dürfte jedenfalls abnorm selten sein.

Hingegen haben wir eine Pseudonekrospermie vorliegend bei direkt dem Hoden entnommenem Sperma, wenn Zusatz von gesundem Prostatasaft, wie bei der künstlichen Befruchtung, normale Bewegung der Spermatozoen auslöst.

Die Nekrospermie entwickelt sich nach Finger

a) durch Herabsetzung der Funktionstüchtigkeit der Hoden, und zwar durch allzu ofte und große Spermaverluste, wie bei Exzessen in venere, krankhaften Pollutionen und Spermatorrhöen. Ich muß, entgegen Finger, gestehen, daß ich bei den Untersuchungen von Onanieejakulaten nach masturbatorischen Exzessen keine Nekrospermie gesehen habe, sondern nur Oligo- resp. Astheno- resp. Pathozoosperma. Der Begriff Nekrosperma ist meines Erachtens hier von Finger wohl etwas zu weit gefaßt.

Dann soll die Nekrospermie vorkommen, wenn die Funktion der Hoden, sei es durch Ernährungsstörungen, sei es durch Erkrankungen des Hodenparenchyms, gestört ist, bei Allgemeinerkrankungen, wie Lues, Tuberkulose, Morphinismus, Karzinom und Hodenatrophie, wo Nekrosperma mit Oligosperma vergesellschaftet und beide zugleich Vorläufer der Azoospermie sein sollen. Ich habe hierüber keine Erfahrungen. Man kann wohl vermuten, daß bei manchem dieser Gifte wie Morphium, Alkohol usw. schon im Hodenparenchym eine derartige Schwächung der Spermatogenese herbeigeführt wird, daß es zu krankhaften Bildungsformen von Spermien resp. zu schon a priori abgestoßenen resp. sehr bald nach ihrer Bildung absterbenden Spermien kommt.

Weitaus am häufigsten ist aber

b) die Nekrospermie durch krankhaftes Samen- und Prostatasekret,

also bei Vesiculitis seminalis (Spermatozystitis) et Prostatitis, und zwar meist gonorrhoica. Die Samenblasenentzündung ist jedenfalls ein auch bei Gonorrhöe relativ seltenes Vorkommnis, trotzdem neuere Forscher meinen, daß sie häufiger vorkomme, als man bisher angenommen. Besonders Petersen vertritt diesen Standpunkt. Vielleicht ist die mit Prostatitis zugleich vorkommende Samenblasenentzündung nicht so selten, aber die isolierte desto mehr. Allerdings widerspricht dem ja

die Tatsache, daß die Gonokokken viel eher die Samenblasen erreichen werden als die Nebenhoden. Es dürfte nicht bloß dem Allgemeinpraktiker, sondern auch dem Urologen nicht ganz leicht sein, die Vesikulitis zu erkennen, denn die Schmerzen während der Defäkation und während des Urinierens, das Gefühl von Schmerz im Anus usw. sind allein noch nichts Charakteristisches. Am ehesten wird man die Diagnose noch stellen, wenn es gelingt, bei der Untersuchung per rectum eine von der Prostata nach oben gehende ovale Schwellung oder Geschwulst zu konstatieren. Allerdings finde ich, daß dazu der Finger für gewöhnlich zu kurz ist. Die Diagnose wird gesicherter, wenn zu diesem objektiven Befund noch subjektive Klagen über „blutig-eitrige Pollutionen" sich gesellen. Dieselben sind ein fast sicheres Zeichen der Vesikulitis. Subjektiv kann man die Diagnose am besten stützen durch Ausdrücken der Samenblasen vom Rektum aus. Wenn man aber bei der Prostata dies mit dem Finger noch vermag, ist es meines Erachtens bei den Samenblasen kaum möglich. Hier gehört ein „Feleki" dazu, weil er länger als der Finger und stärker auszudrücken vermag. Allerdings ist das Ausdrücken hier gewöhnlich recht schmerzhaft. Das aus der Harnröhrenöffnung ausfließende Produkt wird sofort unter dem Mikroskop untersucht. Nach Fixierung mittels Durchziehen durch die Spiritusflamme wird mit Methylenblaufuchsinlösung gefärbt. Die Köpfe der Samenfäden zeigen sich hellblau, die Schwänze hellrosa. Ist Prostatasaft mit herausgedrückt worden, so erscheinen die Lezithinkörperchen rot gefärbt. Benutzt man die Fraenckel-Picksche Färbung:

konzentrierte alkoholische Methylenblaulösung	10 Tropfen,
Karbolfuchsin	50 „
Aqua dest. ad	200,0,

so hat man gleichzeitig eine Gonokokkenfärbung (die tiefblau gefärbten Gonokokken heben sich deutlich von den hellblauen Samenfädenköpfen ab.

Meist ist neben der Nekrospermie wohl auch eine Oligozoospermie zu konstatieren. Die Infektion geschieht von der Urethra posterior durch die Ductus ejaculatorii.

Es ist natürlich, daß durch das krankhafte Sekret der Samenblasen, d. h. durch die Hämatopyospermie eine chemische Alteration der Samenfäden stattfinden muß. Da das Samenblasensekret physiologisch nach Steinach die Fähigkeit haben soll, die Vitalität der Samenfäden zu erhöhen, so ergibt sich, daß nicht bloß durch Blut und Eiter 1. eine direkte chemische Schädigung der Samenfäden stattfindet, sondern 2. auch indirekt die normaliter die Lebensfähigkeit der Samenfäden erhöhende Tätigkeit des Samenblasensekrets aufgehoben wird und damit die Nekrospermie herbeigeführt wird.

Noch viel stärker wird dies der Fall sein bei der Prostatitis. Die Prostataerkrankungen sind eine sehr häufige Komplikation der Urethritis gonorrhoica posterior. Casper fand in 85% und Frank sogar in 100% von Gonorrhöen Prostatitis. Das aber zeigt die Wichtigkeit der Erkrankung für die Zeugungsfähigkeit des Mannes.

Nach Finger gibt es zwei Formen von Prostatitis:

1. den rein desquamativen Katarrh, wo man keine Eiterung, nur massenhaft desquamierte, proliferierende Epithelzellen findet,

2. den eitrigen Katarrh, wo Eiterzellen in großer Massenhaftigkeit gefunden werden. Während aber nun das normale Prostatasekret sauer ist, reagiert infolge des Gehalts an Eiterzellen das Prostatasekret bei Prostatitis neutral oder sogar alkalisch. Ein solches krankhaft verändertes Sekret vermag aber nicht mehr die Bewegungen der Spermatozoen auszulösen, man findet Nekrospermie, und zwar, das ist charakteristisch für den Prostatakatarrh, im Gegensatz zur Vesikulitis, bei normaler Menge von Spermatozoen, also:

bei Vesikulitis: Oligonekrospermie,
bei Prostatitis: Polynekrospermie.

„Zahllose unbewegliche Spermatozoen bedecken das Gesichtsfeld,“ sagt Finger loc. cit. S. 84.

Die Prostatitis ist meist eine chronische und entwickelt sich aus der akuten. Die Symptome der letzteren sind ja hinlänglich bekannt: Vermehrter Drang zum Wasserlassen, Schmerzen am Damm und Mastdarm, ein unbestimmtes Gefühl im letzteren und dann besonders beim Aufhören des Urinierens einige Tropfen Blut. Geht die akute, rein desquamative Prostatitis in eitrige über, so stellt sich hohes Fieber, starkes Hitzegefühl im Mastdarm, Schmerz bei Bewegung und noch viel stärkerer beim Wasserlassen ein, das vom Patienten gefürchtet wird.

Eine Untersuchung vom Mastdarm ist kaum möglich, da die Patienten nach Berührung der Prostata sofort in die Höhe fahren, sehr selten gelingt es dem Arzt, das fluktuierende Gefühl zu erhalten.

Gleichzeitig besteht meist chronische Entzündung der hinteren Harnröhre, Colliculitis. Die

Diagnose

kann man stellen 1. aus der Besichtigung des ausgedrückten Sekrets, das schon makroskopisch von dem normalen Prostatasekret sich unterscheidet. Es erscheint mehr flockig getrübt, herrührend von den Eiterkörperchen, das normale Sekret ist mehr dünnflüssig, rein milchig. Ferner zeigen sich die Erscheinungen der Prostatorrhöe, Ausfluß beim Urin- und Stuhllassen.

2. Außerdem konstatiert man die Prostatitis durch Digitaluntersuchung vom Mastdarm aus. Hier zeigt sich Vergrößerung, teigige Beschaffenheit, Unebenheit und besonders starke Empfindlichkeit des Organs. Gelingt es (unter großen Schmerzen!), den Prostatasaft auszudrücken, so zeigt derselbe makroskopisch bisweilen das sog. „Johannisbeergelee", wie Rapin es treffend genannt hat, mit nur geringem oder ganz fehlendem Spermageruch, ein diagnostisch wichtiges Zeichen. Mikroskopisch finden wir Leukozyten, rote Blutkörperchen, unbewegliche oder nur ganz schwach bewegliche Spermatozoen. Prostatakörner und, was die Hauptsache: Prostatakristalle fehlen oder sind nur in ganz geringer Menge vorhanden. Das letztere erkennt man, wenn man eine Spur phosphorsauren Ammoniaks dem Präparat zusetzt. Während bei normal saurem, gesundem Sekret die Kristalle in genügender Anzahl sich bilden, ist das beim alkalisch reagierenden Prostatasekret bei Prostatakatarrh nicht der Fall. Da nun aber die Prostatakristalle, wie wir von Fürbringer wissen, die Träger des Spermageruchs einerseits und die Erwecker des in den Spermatozoen schlummernden Lebens, die Erreger der Beweglichkeit derselben andererseits sind, ist es erklärlich, warum dieses kranke Prostatasekret nur schwach oder gar nicht riecht und die Spermatozoen nicht zur Eigenbewegung erweckt, die Nekrospermie verschuldet. Außerdem wirkt hier die chemische Veränderung des Succus prostaticus. Lohnstein allerdings meint, daß bei chronischer Prostatitis das Sekret meist sauer reagiere und stellt den Einfluß dieses Sekrets auf die Bewegungsfähigkeit der Spermien in Abrede.

Außerdem findet man klinisch und endoskopisch bei diesen Patienten die bekannten Erscheinungen der Urethritis posterior, wie Fäden im Urin Prostatorrhöe, bisweilen auch Spermatorrhöe, Colliculitis. Die Prostatitis ist eben weiter nichts als ein mechanisch von der hinteren Harnröhre durch das Orificium prostatae nach diesem Organ fortgeleiteter gonorrhoischer Katarrh.

Noch sicherer ist es daher wenn man, bevor man die Prostata ausdrückt, den Morgenurin in zwei Gläsern läßt, die allbekannte Thompsonsche Zweigläserprobe. Es zeigt sich dann schon, daß nicht nur das erste Glas trüben Urin aus der vorderen Harnröhre enthält, sondern auch das zweite Glas, d. h. daß nicht nur eine Urethritis anterior, sondern auch posterior vorliegt. Nun erst drückt der Arzt die Prostata vom Mastdarm aus und untersucht mikroskopisch. Er findet dann gewöhnlich nicht nur Eiterzellen, sondern auch Gonokokken. Ein großer Teil der hinteren Harnröhrenentzündungen heilt nur deswegen so schlecht aus, weil immer wieder von der Prostata aus eine Reinfektion stattfindet. Jedenfalls ist das Symptom des trüben

Urins im zweiten Glase beim Morgenurin immer ein verdächtiges Symptom auf Prostatitis. Das mikroskopische Bild des Sekrets derselben ist meist eine Pyohämo(oligo)-zoo- oder Pyohämonekrospermie.

Die

Prognose der Nekrospermie

bezüglich der Zeugungsunfähigkeit ist, wenn eine Erkrankung des Hodenparenchyms durch Allgemeinerkrankung, wie Diabetes, Tuberkulose, Morphinismus usw., vorliegt, eine ungünstige, da die Hodenfunktion immer unter der Giftwirkung steht. Hier ist die Nekrospermie eben auch meist mit Astheno- resp. Oligozoospermie verbunden und die Nekrospermie gewöhnlich auch ein mehr oder weniger dauernder Zustand. Die Nekrospermie bei chronischem Alkoholismus bezweifle ich sehr. Die chronischen Säufer sind bekanntlich sehr fruchtbar.

Die Prognose der Nekrospermie infolge von Vesikulitis resp. Prostatitis glandularis gonorrhoica resp. Urethritis gonorrhoica posterior ist im großen und ganzen eine günstige. Bei geeigneter — gleich zu besprechender — Therapie heilt dieselbe gewöhnlich ab, und wenn ein Patient mit Nekrospermie kommt, kann man immerhin Besserung nach genügender Behandlung und damit Kindererzeugung als wahrscheinlich hinstellen. Nur darf man natürlich den Heiratskonsens nicht zu früh erteilen. Die

Therapie der Nekrospermie

besteht

1. in einer solchen des chronischen Samenblasen- resp. Prostatakatarrhs;

2. in einer solchen der Urethritis gonorrhoica.

1. Bei den akuten purulenten Formen des Samenblasen- resp. Prostatakatarrhs Bettruhe, Anwendung von Kühlbirnen, der Arzbergerschen oder Franckschen, gleichzeitige Entleerung durch laue Klysmata und gegen die Schmerzen Morphiumsuppositorien (0,02 pro dosi) oder Injektion einer Mastdarmspritze (à 5,0) von Tinct. bellad.

Tinct. opii āā 2,0
Aqu. ad 50,0,

doch sind die Suppositorien bequemer. Sistierung jeglicher Harnröhreninjektionen.

Nach Ablauf aller entzündlichen Erscheinungen (lieber etwas später als zu früh beginnen) wirkt sicher und relativ schnell folgende Therapie:

1. Jeden zweiten Tag Ausdrückung der Prostata und Samen-

blasen vom Mastdarm aus mittels „Feleki". Erstens ist es sauberer für den Arzt als selbst mit Kondomgummi überzogenem Finger, zweitens kann man mehr Kraft anwenden bei Benutzung des ersteren als mit dem Finger, drittens kommt man mit diesem bei Vesikulitis kaum bis zu den angeschwollenen Samenblasen hinauf. Man kann jedenfalls, wenn man nicht mit besonders langen Fingern ausgestattet ist, nicht genügend mit den Fingerspitzen ausdrücken. Ist die Ausdrückung zu schmerzhaft, muß man vorher eine Injektion mit 0,2prozentiger Kokainlösung (einige Gramm in den Mastdarm) machen.

2. Injektionen von 10prozentigen Ichthyollösungen, unmittelbar nach einem Normalstuhlgang, gleich, zu welcher Tageszeit derselbe erfolgt. Nach diesem ein Reinigungsklistier und im Anschluß daran mittels einer Oidtmannschen oder gewöhnlichen Mastdarmspritze, die durchschnittlich 5—8 g fassen, eine Spritze voll über den Schließmuskel des Mastdarms hinaus einspritzen. Andere Autoren benutzen Jod- und Jodkaliumklistiere, nach ungefähr folgender Formel: Jodi puri 0,5, Kal. jodat 1,0—2,0, Aqu. ad 100,0. In der Kassenpraxis mag man Tinct. jodi, 3—6 Tropfen auf 5 g Aqua zugesetzt, zur Injektion verwenden. Ichthyol hat den Vorzug der leichten Resorbierbarkeit und Reizlosigkeit. Event. kann man auch Jodjodkaliumsuppositorien verwenden nach folgender Formel:

Jodi puri 0,05 Kal. jodat. 0,5 Butyr. cac. 2,0,	oder	Ichthyoli 0,5 Butyr. cac. 2,0,

Mf. suppositorium. Ds. täglich ein Stück nach dem Stuhlgang einzuführen. Fischel empfiehlt als besonders günstig

Jodipin (25%) 25.0
oe. divar. 50,0
mos. 1 Mastdarmspritze (= 0,75 Jod) zu injizieren.

Doch wirkt eine wäßrige Injektion besser resorbierend als das in einem Fett gelöste Medikament.

Die innere Medikation ist nicht ohne Einwirkung, wie ich bei Behandlung der Spermatorrhöen schon zeigte. Am besten wirkt Extract. secal. cornut. fluidum, dreimal täglich 25—30 Tropfen.

Damit leitet man zu gleicher Zeit Behandlung der Urethritis posterior ein, am besten in Form der Guyonschen Instillationen, wie früher S. 161 beschrieben, bei empfindlichen Personen beginnend mit 5prozentiger Argent.-nitric.-Lösung, sonst mit 10prozentigen Lösungen, dann allmählich steigend zu 15-, 20- (bis höchstens 25-)prozentigen Lösungen, und zwar unmittelbar nach der Ausdrückung im Sprechzimmer. Ob dadurch, wie Finger meint, das Mittel leichter in die Prostata eindringen kann, lasse ich dahingestellt. Die praktischen Erfolge sind

jedenfalls recht günstige. Andere Medikamente, wie Cuprum sulfuricum, moderne Silberpräparate usw., verwende ich nicht, ebensowenig Elektrisierung der Prostata. Ich bin mit obiger Therapie immer zum Ziel gekommen. Aber auch Spülungen der Harnröhre und Blase, ebenfalls mit Arg. nitricum, 1 : 2000 beginnend bis 1 : 1000 heruntergehend, sind sehr zu empfehlen.

Die Besserung und Ausheilung ist sehr leicht konstatierbar. Das Verschwinden der Gonokokken, das Klarwerden des zweiten Urins bei der Thompsonschen Gläserprobe, das allmähliche Normalwerden des Prostatasekrets, das Erscheinen der Prostatakristalle, der wiederkehrende Geruch, die wiederkehrende Beweglichkeit der Spermatozoen usw. garantieren auch die wiederkehrende Zeugungsfähigkeit des Patienten und damit die Möglichkeit des Eingehens einer Ehe desselben.

Die

Impotentia generandi vom forensischen Standpunkte.

Da es in den meisten Fällen schwer halten dürfte, Sperma von dem Inkulpator zu gewinnen, muß die Frage, ob Impotentia generandi vorliegt oder nicht, von vornherein meist in dubio gelassen werden. Jedenfalls dürfen wir à priori bei Knaben von 14 Jahren und darüber eine Impotentia generandi ebensowenig ausschließen wie bei einem Greise von 70 Jahren. Wenn überhaupt noch Potentia coeundi angenommen werden kann (s. Impotentia coeundi vom forensischen Standpunkte aus), wird auch Potentia generandi angenommen werden müssen.

Sehr oft wird ja der Angeklagte dem Überlassen von Sperma sich zu entwinden wissen. Straßmann gibt in seinem „Handbuch der gerichtlichen Medizin" 1900, S. 120, den Rat, man solle dem Exploranden sagen, daß ohne Spermauntersuchung das Gutachten zu seinem Ungunsten ausfallen würde, da sonst ein Beweis seiner Zeugungsunfähigkeit nicht erbracht werden könne, gibt aber nicht den Rat, wie Patient das Sperma gewinnen solle. „Alle anderen Winke und Ratschläge, die recht peinlich sind, unterlasse man, der Betreffende wird sich schon selbst zu helfen wissen." Ich lasse es dahingestellt, ob diese Ansicht immer die richtige ist. Meines Erachtens muß, wenn Paternitätsklage besteht, auf Untersuchung des Spermas gedrungen werden. Natürlich kann hier auch Unterschiebung stattfinden. Beklagter kann ein anderes Sperma, das nicht befruchtungsfähig, z. B. das eines Knaben, eines Greises, unterschieben. Jedenfalls muß betont werden, daß wir mit unseren Hilfsmitteln heute noch nicht ein kindliches Sperma von einem solchen eines geschlechtsreifen Mannes oder eines Greises mit Sicherheit unterscheiden können. Wir können aus der Menge und der Beweglichkeit der Spermatozoen nur ganz ungefähre, durchaus nicht bestimmende

Rückschlüsse machen. Die Gegenpartei hat ja immer in Zivilprozessen das Recht, die Identität des Spermas anzuzweifeln.

Im Strafverfahren, bei Untersuchungsgefangenen, wo aber unsere Frage kaum je in Betracht kommen dürfte, ist es natürlich ein leichtes, das wirkliche Sperma des Angeklagten zu gewinnen. Jedenfalls möchte ich auch hier den früher schon gegebenen Rat wiederholen, das Gutachten abzugeben nicht über das Sperma des P. P., sondern über das von dem P. P. überbrachte Sperma.

Spermauntersuchungen von Wäscheflecken sind absolut unsicher und nicht maßgebend zur Beurteilung des Spermas. Man muß hier schon untersuchen 1. auf Spermien, 2. auf Spermakristalle.

Kann man aber nur Spermaflecke zur Untersuchung erlangen, nicht das Sperma selbst, wird die Untersuchung vorgenommen 1. auf die Samenfäden, derart, daß mikroskopisch das Gewebe durchsucht wird. Die eingetrockneten Spermaflecke geben auf Leinwand die bekannten stärkekleisterartigen steifen Flecke von grauer Farbe, die, wenn die Wäsche nicht allzu schmutzig, sehr leicht als solche zu erkennen sind. Beweisend ist aber natürlich erst die mikroskopische Untersuchung auf Samenfäden, die derartig geschieht, daß man ein winzig kleines Stück des Samenfleckes ausschneidet, auf dem Objektträger mit Präpariernadeln fein zerzupft, mit Wasser anfeuchtet, ein Deckgläschen darüber legt und mikroskopiert. Zusatz von verdünnter Kalilauge erleichtert oft die Arbeit. Wenn die Flecken sehr dick sind, genügt auch das Abschaben, besonders im Zentrum des Fleckens. Bedecken mit einem Tropfen Wasser und mikroskopieren. Wenigstens bin ich bei Untersuchung von Spermaflecken seitens der Masturbanten, wenn die Wäsche mir von den Eltern der Onanisten, die das Laster leugneten, überbracht wurde, meist recht schnell mit dieser einfachen Methode zum Ziel gekommen.

Findet man keine Samenfäden, so muß man sehen, durch anderweitige Untersuchungen die Bestandteile des Fleckens als solche von Sperma zu ermitteln. Dies geschieht am besten durch die sog. Florencesche Methode, die dieser Autor (Archive d'anthropologie Vol. X u. XI, 1896—1897, sowie in einer Monographie, Lyon 1897, Stork) angab.

Von dem Florenceschen Reagens (möglichst kühl),

Jodi puri	1,5
Kal. jodat.	2,5
Aqu. ad	30,0
Misce	

bringt man einen Tropfen auf den Objektträger. Daneben, aber in einiger Entfernung, so daß sie nach dem Aufdecken des Deckgläschens sich nicht mischen, sondern nur berühren, bringt man einen Tropfen des Wasser-

auszugs des Spermaflecks. An den Berührungsstellen der beiden Tropfen beobachtet man unter dem Mikroskop die Entstehung von kleinen braunen, rhombischen Kristallen, die aber nach längerer Zeit wieder verschwinden.

In neuerer Zeit ist eingewendet worden, daß die Reaktion für Sperma nicht beweisend sei, weil am Schleim der inneren Genitalien, wie der Vagina, des Uterus (und, wie ich einmal nachweisen konnte, auch am Kristellerschen Schleimstrang, also am Sekret der Zervikaldrüsen) die Kristalle sich bilden, wie überhaupt in allen sich zersetzenden Eiweißpräparaten, wie Eigelb, Eiter, Butter usw. Sie scheinen weiter nichts zu sein als ein Beweis von der Anwesenheit sich zersetzenden Lezithins (Gumprecht, Zeitschrift für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie 1898, Bd. IX).

Aber ich glaube, obgleich bei fortgeschrittenerem Zerfall des Lezithins, bei Blutanwesenheit im Sperma und verschiedenem die Florencesche Reaktion eintritt, tangiert das doch die Bedeutung derselben für die Untersuchung sehr wenig. Die Reaktion sichert wenigstens die Erkennung solcher Flecke als Spermaflecke gegenüber von anderen Flecken.

Überhaupt existiert ja eine ganze Literatur über die Florencesche Reaktion und ihre Bedeutung für die Diagnose. (Ich führe nur an Posner, Berliner klin. Wochenschrift 1897, S. 606, Johnston, Boston med. and surgical Journal 1897, pag. 310, Witney, ibid. pag. 389, Beumer, Deutsch. med. Wochenschrift 1898, 14, Vertun, Zentralblatt für Krankheiten der Harn- und Sexualorgane u. a. Eine gute Zusammenstellung gab Bocarius, Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin 1901, III. Folge, Bd. XXI, S. 205 u. v. a.)

Nach Bräutigam (Zeitschrift für Medizinalbeamte 1892, 117) kann man zum Nachweis der Samenfäden auch Tingierungsmethoden, die Kerne färben, anwenden, wie Methylenblau. Doch hat dies wenig Zweck, denn sie sind auch so noch sichtbar.

Sichtbar macht sie auch die Mazerationsprobe de Domenicis (Giornale de med. legale 1903). Derselbe stützt sich auf eine Probe Grigorjews (Russki Wratsch, Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin 1902, III. Folge, Bd. XXIII, S. 82), wonach man ein Stück des Fleckens ausschneidet und in konzentrierte Schwefelsäure legt, die wohl die Gewebe zerstört, die Samenfäden aber erhält resp. nur gering verändert. Bisweilen zerfallen sie in Kopf und Hals einerseits, die sich bräunlich färben, und Schwanz andererseits.

Im großen und ganzen wird man aber aus all diesen Untersuchungen der Wäschesamenflecken keinen Rückschluß auf die Potentia generandi ziehen können, weil man die Beweglichkeit der Spermatozoen nicht eruieren kann.

Am besten gibt man das Resultat der Spermauntersuchung nach Art eines kurzen Schemas, wie wir es bei der Urinuntersuchung tun, also etwa folgendermaßen:

Das mir von Herrn .... am .... überbrachte Sperma habe ich umgehend mikroskopisch untersucht und dabei folgendes Resultat erhalten:

Makroskopische Besichtigung.

1. Gewicht des Ejakulats mit Kondom . . . (mit Briefwage zu messen).
2. Farbe desselben.
3. Konsistenz desselben, ob dickflüssig oder dünnflüssig (ein dickflüssiges kann makroskopisch als befruchtungsfähiges gelten).
4. Geruch. (Ist sehr notwendig, zu berücksichtigen, da geruchsfreiem Sperma die Prostatakristalle fehlen, die dem Sperma erst den spezifischen Geruch geben, und dieses geruchsfreie Sperma ist daher meist ein totes, unfruchtbares, oder nur sehr schwach befruchtendes [Asthenozoosperma].)

Mikroskopische Untersuchung.

1. Zahl der Spermatozoen. (Allgemein, viel, wenig, gar keine, also normales Poly-, Oligo-, Azoosperma).
2. Beweglichkeit derselben (ob normale Beweglichkeit, geringe Beweglichkeit oder gar keine vorhanden ist, ob Asthenozoospermie da ist. Dabei ist zu berücksichtigen die Länge der Zeit nach der Ejakulation des Spermas).

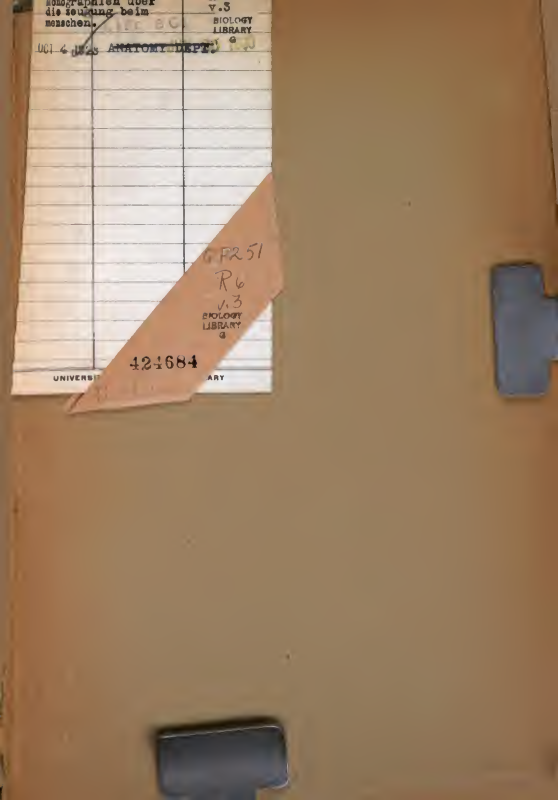
   Nekrospermie ist nur dann zu diagnostizieren, wenn unmittelbar post ejaculationem oder kurze Zeit danach (1 bis höchstens 2 Stunden) das Gesichtsfeld nur tote Spermien aufweist.
3. Form derselben (ob sie wohlgebildet oder Zerfallsprodukte aufweisen, wie Trennung von Kopf resp. Hals und Schwanz, ob sie geknickt, eingerollt sich repräsentieren, Anhängsel haben usw.).

Bei Eheanfechtungsklagen, Paternitätsklagen usw. ist selbst bei Azoospermie oder nach äußeren Befunden (Epididymitisknoten usw.) wenigstens eine zweimalige Untersuchung erforderlich.

Übrigens dürfte selbst bei Azoospermie infolge doppelseitiger Epididymitis trotz des negativen Befundes von Samenfäden ein abschließendes Urteil wohl nur über die z. Z. bestehende Zeugungsunfähigkeit abgegeben werden können, nicht aber, seit wann sie schon bestand. Denn es ist, z. B. bei einer Paternitätsklage, sehr wohl möglich, daß zurzeit totale Zeugungsunfähigkeit vorliegt, daß aber vor 3—4 Monaten noch Zeugungsfähigkeit vorhanden war, wenn die letzte Epididymitis ca. ½ Jahr zurückliegt vor der jetzigen Spermauntersuchung.

Man ist hier ganz auf die objektiven Angaben des Patienten angewiesen.

Buchdruckerei Richard Hahn (H. Otto) in Leipzig.



Monographien über
die Zeugung beim
menschen.
v.3
BIOLOGY
LIBRARY
G
OCT 4 1923 ANATOMY DEPT.
UNIVERSI
ARY
QP251
R6
v.3
BIOLOGY
LIBRARY
G
424684